



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



3/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 11. 2. 2013



PROFIL

Therese Schwarzenbergová
– lékařka a kněžna
se železnou vůlí

STRANA 30



PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Richarda
Rokyty, DrSc., předsedu
České lékařské akademie

STRANA 26



ODBORNÉ AKCE

PragueONCO 2013
– personalizovaná léčba
karcinomu plic

STRANA 18



Nový šéf VZP odkrývá směr, kterým se chce vydat

Nový ředitel VZP Zdeněk Kabátek v lednu znovu spustil většinu tendrů, přeskupil právní oddělení, požádal o předsunutou platbu za státní pojištěnce, do měsíce chce ukončit jednání se společností IZIP a přislíbil oficiální výstup z kontroly zadané ministerstvem.

„Pojišťovna má k dnešnímu datu uzavřeny smlouvy s 93 procenty zdravotnických zařízení akutní lůžkové péče a 90 procenty zařízení následné a hospicové péče,“ uvedl minulý týden po jednání správní rady VZP její místopředseda a hejtman Kraje Vysočina Jiří Běhouněk.

U odborností, kde se pojišťovna se

zařízeními nedohodla, je smlouva nastavena na 18 měsíců, dodal ředitel VZP Zdeněk Kabátek s tím, že pojišťovna si vymezila prostor pro další vyjednávání. „Obě strany tuto lhůtu využijí k jednání o optimalizaci lůžkového fondu a racionalizaci poskytované péče. Jsem velmi rád za vstřícnost Asociace krajů i ostatních zástup-

ců zřizovatelů, byla významná. Smlouvy jsou uzavřeny se 144 ze 151 poskytovatelů akutní lůžkové péče. Považuji to za úspěch a zdůrazňuji, že nedošlo k rezignaci na restrukturalizaci lůžkové péče,“ uvedl ředitel a dodal, že do poloviny února bude VZP uzavírat smlouvy s účinností od 1. 1. 2013.

(pokračování na straně 2)

ČLK chystá protest, zapojí i pacienty

Česká lékařská komora (ČLK) připravuje informační kampaň spojenou s jednodenní symbolickou protestní akcí nazvanou „Den zdraví lékařů“. Občané mají být informováni o negativních dopadech reformy na kvalitu a dostupnost péče v České republice.

Činnost ministerstva zdravotnictví společně s restriktivní úhradovou vyhláškou pro rok 2013 přiměly komoru k další akci. Podle prezidenta ČLK Milana Kubka už totiž není možné dosáhnout „změny k lepšímu“ jinak než silou. ČLK upozorňuje na skutečnost, že výdaje na zdravotnictví v ČR klesají již tři roky po sobě, a to přýč bez ohledu na míru inflace a růst daní. Dopady ekonomické krize na

zdravotnictví jsou tak podle mínění Milana Kubka hlubší než v jiných resortech.

„Žádnou reformu, jejímž výsledkem by mohla být ekonomická stabilita českého zdravotnictví, ministr Leoš Heger neprosadil a už ani neprosadí. Nezažijí ani valorizaci plateb za takzvané státní pojištěnce. Stát kvůli tomu již čtvrtým rokem platí pojišťovněm za děti, důchodce a nezaměstnané

pouhých 723 Kč měsíčně,“ podotýká prezident ČLK. Představenstvo také uložilo právnímu oddělení komory, aby připravilo návrh podání k Ústavnímu soudu na zrušení některých – dle ČLK diskriminačních – ustanovení úhradové vyhlášky.

Pacienti podepíší petici

Proti trendu snižování veřejných výdajů na zdravotnictví a možnému (pokračování na straně 2)

Zdeněk Kabátek:
Na restrukturalizaci
lůžek jsme
nerезignovali,
máme prostor pro
další vyjednávání.

Nový šéf VZP odkrývá směr, kterým se chce vydat

(pokračování ze str. 1.)

Zdravý rozum a jednodenní chirurgie

Situaci nakonec kladně zhodnotili také představitelé tzv. krizového štábu, který je složen ze zástupců nemocnic, pacientů a odborů. „Snížení počtu lůžek v nemocnicích bude v souladu s jejich vlastní potřebou a srovnatelné s přirozenými změnami ve struktuře a počtu lůžek v minulých letech. Krizový štáb chce zdůraznit, že svedený boj o nemocnici nemá poražené. Zvítězil zdravý rozum, zájem pacientů a občanů,“ uvedli mluvčí štábu, předseda Národní rady osob se zdravotním postiže-

ním Václav Krása a místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic Petr Fiala. VZP nyní připouští, že restrukturalizace není míněna jen jako snížení počtu lůžek, ředitel Kabátek hovoří o bilančním vyrovnání systému, pojišťovna se ale soustředí i na zlevňování péče větším využitím jednodenní chirurgie. „Z našeho pohledu zřizovatele není důležité, kolik lůžek bude zrušeno, protože to nerozhoduje o nákladovosti péče. Nyní nás čeká další úkol, kterým je dojednání způsobu plateb jednodenní chirurgie a definice seznamu výkonů, jež je možné touto péčí racionalizovat a zlevnit,“ doplnil Jiří Běhounek.

IZIP – všechno, nebo nic

VZP chce v nejbližší době uzavřít jednání se společností IZIP. „Co se týká majetkového vyrovnání se společností IZIP, byl ředitel Kabátek pověřen jednáním se společností a přípravou dvou variant včetně ekonomických hodnocení. Pojišťovna zvolí buď možnost spolupráce, nebo způsob ukončení vztahu se společností IZIP,“ uvedl náměstek ministra zdravotnictví a šéf správní rady VZP Petr Nosek. Vyjednávání pojišťovně pravděpodobně ulehčí spor o patent na systém elektronických zdravotních knížek IZIP, o jehož odejmutí nyní usiluje Úřad průmyslového vlastnictví (viz box). Ředitel Kabá-

tek potvrdil, že pokud pojišťovna nedosáhne shody o převzetí veškerých aktiv od společnosti IZIP pod křídla VZP, půjde cestou ukončení tohoto „nestandardního“ vztahu. „Jsem přesvědčen, že jednání budou ukončena během měsíce až dvou,“ sdělil ředitel VZP.

Průhledné právní oddělení

Pojišťovna s nově přichozím vedením zaznamenává také změnu struktury. „Dnešní správní rada vzala na vědomí změnu, která povede k centralizaci agend právních oddělení jednotlivých odborů pojišťovny do jednoho úseku. Jejím cílem je jasná deklarace kompetencí a odpovědnosti za jednotlivé procesy, mezi které patří také zadávání veřejných zakázek,“ uvedl ředitel Kabátek.

Nastavením čitelnější a přehlednější agendy reagoval na výsledky kontroly, kterou si ještě v loňském roce zadal ministr Heger. Zprávu o ní přinesl server iDnes.cz, když informoval o pochybnostech, které panují nad 400 miliony z celkových 1,2 miliardy prověřených prostředků ve fondu prevence. Kontrola pojišťovně vytýká účelové dělení zakázek na menší nebo majetkové a personální propojení soutěžících firem. Proto si ředitel Kabátek hned po svém nástupu v prosinci nechal zpracovat analýzu smluvních vztahů a zastavil většinu tendrů, v běhu ponechal jen ty skutečně nezbytné k provozu. „Ke zmrazení tendrů jsem přistoupil právě s vědomím nesrovnalostí avizovaných ve veřejnoprávní kontrole,“ doplnil Zdeněk Kabátek. Po jednání správní rady mi-

nulý týden se podle ředitelových slov tendry znovu spustí. Oficiální výstupy kontroly však zatím zveřejnit nechce. „Výsledky kontroly jsou projednávány v jednotlivých orgánech pojišťovny, nyní v dozorčí radě, připravujeme také materiál pro správní radu. Do měsíce a půl zveřejníme základní parametry zjištění,“ uvedl.

Předsunutá platba

Stabilizaci toku peněz si v letošním roce vedení slibuje od tzv. předsunuté platby, díky níž pojišťovna dostane část prostředků za státní pojištěnce již nyní. Zdeněk Kabátek to potvrdil deníku E15. Záporné saldo, které ředitel za minulý rok vyčíslil na 3,5 miliardy korun, stále zvyšuje závazky po lhůtě splatnosti, jež by předsunutá platba měla zmírnit. „Na konci prosince jsme měli závazky ve výši přibližně 600 milionů korun asi den po splatnosti. V polovině ledna to bylo zhruba 4 dny. Předsunutá platba situaci výrazně pomůže. Nechci ale, aby to vypadalo, že se pojišťovna spoléhá pouze na pomoc zvenčí. Chceme se domlouvat s poskytovateli služeb na takovém nastavení záloh pro rok 2013, abychom udrželi stabilní a vyrovnaný peněžní tok,“ sdělil Zdeněk Kabátek pro E15 s tím, že u zdravotnických zařízení, kterých se závazky po lhůtě splatnosti dotýkají nejvíce, se bude snažit nastavit nižší zálohy. Náměstek ministra zdravotnictví a šéf správní rady VZP Petr Nosek předpokládá, že nová úhradová vyhláška VZP v tomto roce umožní snížit deficit na polovinu a příští rok hospodaření vyrovnat k nule. Ředitel Kabátek je optimističtější a chce se na nulu dostat již letos.

Petra Klusáková

IZIP možná přijde o patent

Úřad průmyslového vlastnictví zahájil správní řízení se společností IZIP o odejmutí patentu na systém elektronických zdravotních knížek (EZK). Přijde-li IZIP o patent, mohlo by to VZP usnadnit převzetí projektu EZK.

Patentová ochrana je podle Všeobecné zdravotní pojišťovny jedním z hlavních důvodů, proč zatím není možné při správě systému spolupracovat s nikým jiným než se společností IZIP. Ředitel VZP Zdeněk Kabátek bude v nejbližších dnech se společností IZIP jednat. Výsledkem by měla být dohoda na převzetí projektu a finanční vyrovnání.

Úřad průmyslového vlastnictví se podle zjištění Lidových novin začal o projekt zajímat až poté, co ministerstvo zdravotnictví poslalo do pojišťovny kontrolu, jejímž výsledkem bylo vznesení pochybností o systému EZK společnosti IZIP. „K paten-

tu číslo 297879 byly skutečně podány dva návrhy na zrušení. Na základě těchto návrhů úřad zahájil správní řízení,“ potvrdil listu ředitel patentové kanceláře úřadu Josef Dvořák.

Nehodný patentu

Patent jakožto zákonná ochrana vynálezu zaručující jeho vlastníkovu výhradní právo k průmyslovému využití vynálezu se uděluje na nové vynálezy, které jsou průmyslově využitelné. Podle některých patentových odborníků prý v případě EZK neměl být patent společnosti IZIP vůbec udělen – žádost o něj totiž nepopisuje žádné technické řešení, které by bylo možné považovat za vynález.

List cituje Veroniku Zemanovou z Patentové a známkové kanceláře Kania, Sedláč, Smola. Podle jejího soudu IZIP ve své žádosti popisuje jen nový způsob organizace práce a neřeší žádný technický problém. „Navíc v kapitole o stavu techniky je citována řada existujících spisů a dost bych se divila, kdyby ani jeden z nich neobsahoval – alespoň implicitně – to, co je v nárocích,“ sdělila Veronika Zemanová. Ředitel společnosti IZIP Jiří Pašek sice listu přiznal, že se nejedná o patent informačního systému, domnívá se však, že jde o patentovaný princip práce s informacemi. „Naše žádost splňovala veškeré požadavky,“ vyjádřil své přesvědčení ředitel Pašek. (fkc)

ČLK chystá protest, zapojí i pacienty

(pokračování ze str. 1.)

omezení kvality a dostupnosti péče lékaři chtějí bojovat společně se svými pacienty, kteří budou moci v ordinacích podepisovat petici. „Situace nemá standardní řešení. My lékaři nemůžeme vědomě poškozovat své pacienty, ale nemůžeme si ani dovolit platit jim nezbytné léky, potřebná vyšetření a pomůcky ze svého. Na to prostě nemáme. Nechceme-li se dostat do konfliktu se zákonem a lékařskou etikou a nechceme-li ani přivést své praxe ke krachu, nezbyvá nám nic jiného než se začít bránit. A to společně, nejenom lékaři bez ohledu na odbornost či status za-

městnance nebo soukromého lékaře, ale především jako občané se svými pacienty,“ vysvětlil Milan Kubek.

Podle prezidenta ČLK by se lékaři měli osobně angažovat a ve svých ordinacích pacientům vysvětlovat příčiny problémů a důsledků „neřešení krize“. „Pacienti v žádném případě nejsou našimi nepřáteli – jsme spojenci,“ zdůraznil.

I lékař je pacient

Lékaři zvolili poměrně netradiční podobu protestní akce. „Den zdraví lékařů“ proběhne v pátek 1. března. Charakter akce vychází z nespochybnitelné skutečnosti, že i lékař může být pacientem.

Představenstvo ČLK proto vyzvalo všechny lékaře v České republice, aby v ten den podle vlastních potřeb absolvovali preventivní lékařské prohlídky a vyšetření u svých kolegů nebo aby si „v zájmu svého zdraví“ vybrali dovolenou na zotavení či náhradní volno.

„Cílem protestu není poškodit pacienty, ale prokázat jednotu lékařského stavu takovým způsobem, aby si toho veřejnost všimla. Lékaři na tento den nebudou objednávat pacienty na plánované zákroky a vyšetření. Provoz zdravotnických zařízení bude omezen. Soukromí ambulantní specialisté, které by uzavření praxí ekonomicky poškodilo, mohou získat potřebná

Čeho chtějí lékaři dosáhnout?

- Udržení dostupnosti kvalitní a bezpečné zdravotní péče.
- Zachování autonomie lékaře v rozhodování o odborných otázkách poskytované lékařské péče jako základního předpokladu bezpečnosti pacientů.
- Okamžitě novelizace úhradové vyhlášky a seznamu zdravotních výkonů.
- Získání peněz pro zdravotnictví, aby byla zajištěna jeho ekonomická stabilita.
- Udržení platů lékařů v nemocnicích.
- Zabránění přijetí „rizikových zákonů“ (o univerzitních nemocnicích, o zdravotních pojišťovnách...) a dalších nevratných změn.
- Zachování lékařského povolání jako povolání svobodného.

unikátní rodná čísla vyšetřováním svých kolegů. Tímto způsobem si můžeme navzájem pomoci,“ upřesnil Milan Kubek, který je sám ambulantním specialistou,

a patří tedy do skupiny lékařů, jež se v současnosti cítí být nejvíce ohrožena úhradovou vyhláškou.

Filip Kút Ctěores

Ministr sjednotitel a **Kubkova šance**

Milanu Kubkovi se otevírá cesta k tomu, co se mu za celou kariéru prezidenta ČLK nepodařilo.

Leoš Heger možná vstoupí do dějin českého zdravotnictví jako první ministr, který dokázal dosud nemožné – sjednotit historicky rozdělané součásti zdravotnického systému. Odpor proti jeho opatřením



Martin Čaban

už vedl k tak neuvěřitelným obrázkům, jako byla situace, v níž na dveře jeho kanceláře ve vzteku bušili ředitelé nemocnic ruku v ruce se „svými“ odborovými předáky, navrch za podpory zdravotních pojišťoven. Nyní, zdá se, přichází další fáze. Úhradovou vyhláškou na rok 2013 se mu zřejmě podaří stmelit dosud hlubokým příkopem rozdělaný lékařský stav.

Poté, co si definitivně zneprátelil nemocniční lékaře flagrantním

porušením závazků plynoucích ze slavného memoranda, se proti Leoši Hegerovi začínají ostře vymezovat i soukromníci, jmenovitě ambulantní specialisté. Ne že by neprotestovali už proti vyhlášce na loňský rok, ani ta se nelíbila, ale jejich odpor vůči té letošní nabírá ve své zvilosti nový rozměr.

Spasitel všech lékařů

Velmi dobře si toho všiml prezident České lékařské komory Milan Kubek a ambulantním specialistům přispěchal na pomoc s podpůrnou symbolickou akcí. Má k tomu dva důvody. Jedním – tím méně důležitým – je jeho osobní zájem, neboť jako ambulantní internista na úhradovou

vyhlášku též doplatí. Mnohem silnější je ovšem druhý důvod. Hegerova vyhláška Milanu Kubkovi otevřela jedinečnou možnost dosáhnout toho, co za své dosavadní prezidentování nikdy nedokázal – získat punc prezidenta všech lékařů.

Od začátku působení v čele ČLK jej (právem) provází pověst odboráře beroucího se především za zájmy lékařů-zaměstnanců. Propast, která v lékařském stavu z historických a socioekonomických důvodů zeje mezi zaměstnanci a soukromníky, se za jeho mandátu dost výrazně prohloubila, což pro prezidenta stavovské organizace není nijak zářná vizitka. Důsledkem byly dlouhodobé rozpory v představenstvu ČLK a ostudně dlouho trávající neschopnost rozpolcené organizace zvolit viceprezidenta.

Nyní Milan Kubek správně větrí šanci jak příkop alespoň částečně zahrabat. Po loňském úspěchu skupiny senátorů u Ústavního soudu v otázce přeregistrací, jež elegantně prezentoval jako úspěch ČLK, nyní vehementně podporuje Sdružení ambulantních specialistů (SAS) v jeho boji proti vyhlášce. A na rozdíl od zoufalého, ale v podstatě umírněného tónu prohlášení SAS (mluví se tam o „překvapení“, o potřebě „nepodceňovat situaci“ a podobně) nabízí osvědčenou odborářskou rétoriku a vyzývá lékaře, aby si své vynutili „silou“.

Teď jsme na řadě my!

Argumenty SAS jsou poměrně silné (zvláště v otázce přebujelého systému regulačních srážek) a ministr by jim měl alespoň částečně dopřát sluchu.

Milan Kubek debatu ještě okořenil apokalyptickými vizemi, které se týkají smluv s pojišťovnami končících za tři roky. To je asi trochu přehnané, ale při pohledu na děsivý průběh takzvané restrukturalizace lůžek, během níž se rok nedělalo nic, aby se pak řešení slavně odložilo o další rok a půl, to možná zase není úplně od věci.

Pro Milana Kubka se tedy otevírají zajímavé možnosti. Ale ani ony nejsou bez úskalí. Propast je pořád hluboká, o čemž svědčí i pasáž prohlášení SAS, v němž sdružení „vítá, že se nejvyšší orgány ČLK věci zabývají“, ovšem zároveň žádá „prezidenta a představenstvo ČLK, aby ve všech výstupu maximálně zdůrazňovali, že naprosto neohroženějším segmentem péče v letošním roce je právě ambulantní specializovaná péče“. Jinými slovy – oni už dostali, teď jsme na řadě my.

Inzerce A121011982

eDávky



Rychlá a snadná moderní elektronická komunikace

AMICUS®, DENTIST+®, PC DOKTOR® a PC DENT®

- Pohodlná a rychlá komunikace se zdravotními pojišťovnami
- Zrušení drahých a nespolehlivých médií
- Zrušení nebo omezení tiskových výstupů
- Zrušení zbytečné administrativy a nákladů za poštovné
- Kniha podání – všechny elektronicky odeslané dávky přehledně na jednom místě včetně protokolů od ZP
- Jednoduchá kontrola podání a příjem zúčtovacích zpráv od ZP z vaší schránky na Portálu

Veškeré informace získáte na webových stránkách vašeho programu

www.amicus.cz | www.dentist.cz | www.pcdoktor.cz | www.pcdent.cz

Synchronizing Healthcare



CompuGroup
Medical

Ambulantní specialisté v ohrožení

Rada Sdružení ambulantních specialistů (SAS) minulý týden vydala stanovisko, v němž varuje lékaře před likvidačními dopady úhradové vyhlášky pro rok 2013, a současně vyzývá ministerstvo, aby ustoupilo od záměru „ekonomicky zničit soukromé praxe ambulantních specialistů.“

Ambulantní specialisté jsou výsledkem vyjednávání o podobě úhradové vyhlášky pro rok 2013 zklamání. „Do poslední chvíle jsme se snažili ministerstvo zdravotnictví přesvědčit, aby ekonomicky nelikvidovalo ambulantní specialisty, což se bohužel zatím nepodařilo,“ konstatuje rada SAS.

Podle představitelů ambulantních specialistů bylo v rámci těchto vyjednávání dosaženo pouze malých a dopadem dílčích změn. „S nastavením úhrad pro ambulantní specialisty nadále nesouhlasíme. Neexistuje jediná relevantní ekonomická potřeba nás takto decimovat,“ uvádí ve svém stanovisku SAS.

Krajní meze překročeny

Ambulantní specialisté připomínají skutečnost, že analýzy, které byly k dispozici již v roce 2012 a z nichž některé prý pocházejí i ze samotného ministerstva zdravotnictví, jasně odrážely ekonomicky neúnosnou situaci v tomto segmentu. „Už v roce 2011 byla tzv. nákladová rentabi-

lita jednotlivých zdravotnických zařízení na kriticky nízké úrovni. Náklady na léky na předpis v letech 2005 až 2011 prakticky vůbec nestoupaly. Platilo také, že pokud by Všeobecná zdravotní pojišťovna v roce 2010 uplatnila regulační srážky jen na základě matematických výpočtů, bylo by regulováno 50 % zdravotnických zařízení. Opravdu jsme nečekali, že následným krokem ministerstva zdravotnictví bude další snížení úhrad,“ říkají ambulantní specialisté a upozorňují, že tímto přístupem ministerstva dochází k přímému existenčnímu ohrožení některých oborů.

Ohrožena polovina ambulancí

Podle rady SAS by novými regulacemi mohla být ohrožena dokonce nadpoloviční většina ambulantních specialistů. „Nesouhlasíme s dalším snížením jednotkové ceny práce na úroveň 98 % roku 2011. Nesouhlasíme ani se snížením malého počtu pojištěnců u regulací na předpis léků, zdravotnických prostředků,

indukované péče, ZÚM a ZÚLP na polovinu a se zvýšením hranice pro uplatnění regulační srážky u předpisu na léky na 50 %,“ prohlašuje SAS, podle kterého není možné za menší peníze předepisovat stejné množství léků a poskytovat stejné množství péče v nezměněné kvalitě.

„Za korektní považujeme doplnit, že i my jsme si vědomi nám narůstajících dalších nákladů, jako jsou daňové změny včetně nárůstu DPH, inflace či nárůstu cen energií. Jsme si vědomi i některých negativních dopadů změny Seznamu výkonů, což se týká zejména kritického snížení bodové hodnoty klinických vyšetření v interním lékařství,“ míní SAS.

Z uvedených důvodů představitelé ambulantních specialistů očekávají reálný pokles úhrad převyšující 30 %. V této souvislosti pak varují především před negativními dopady na pacienty – tedy celkovým poklesem kvality a dostupnosti péče pro občany České republiky.

Filip Kút Čitores

Výsledky ankety mezi ambulantními specialisty

Cítí se být ambulantní specialisté v existenčním ohrožení? Jak velká je jejich ochota „postavit se na odpor“ vládě a ministerstvu zdravotnictví. Na tyto a související otázky odpovídalo v lednovém průzkumu SAS na 1200 ambulantních specialistů (výsledky jsou zaokrouhleny).

Souhlasíte s tím, že MZ letošním snížením úhrad začíná přímo existenčně ohrožovat přinejmenším některé obory ambulantních specialistů?

Ano 82 %
Ne 10 %
Nevím 8 %

Ano 83 %
Ne 4 %
Nevím 13 %

Jste ochoten (ochotna) vyjádřit nějak otevřeně svůj nesouhlas s úhradovou vyhláškou pro rok 2013?

Ano 82 %
Ne 2 %
Nevím 16 %

Uvažujete, že byste v případě ohrožení velkou regulační srážkou u malých pojišťoven s nimi vypověděl(a) smlouvu? (Sice by tím klesla cena za práci, nebylo by ale nebezpečí vysokých regulací.)

Ano 36 %
Ne 34 %
Nevím 30 %

Preferoval (a) byste v případě protestních akcí společný postup SAS a jiných organizací? Měla by to být ČLK nebo jiná (která)?

Ano 90 % (47% navrhlo ČLK)
Ne 2 %
Nevím 8 %

V posledních letech došlo k postupné likvidaci malých pracovišť komplektu. Nahradily je velké řetězce, které se nyní začínají poohlížet i po ambulancích. Máte obavu, že další na řadě v tomto procesu „kolektivizace“ budou ambulance specialistů?

Na dotaz, jak by se respondent vyjádřil k současné situaci, bylo jen v několika případech uvedeno smíření se s touto situací. V naprosté většině převažoval bližší popis konkrétních problémů či negativní vyjádření na adresu vlády či MZ.

(Zdroj: SAS)

Senát odmítl elektronickou preskripci

Senátoři se připojili ke kritikům povinného předepisování léků pomocí elektronických receptů, které by mělo platit od roku 2015. Novela zákona o léčivech se vrací k projednání do sněmovny.

Povinné využívání elektronických receptů se dostalo do novely zákona o léčivech prostřednictvím pozměňovacího návrhu skupiny poslanců okolo předsedy výboru pro zdravotnictví poslanecské sněmovny Borise Štátného (ODS). Příležitost se ihned stal terčem kritiky ze strany lékařů, lékárníků i pacientů. Zdravotníci se obávají především zvýšení provozních nákladů a pochybuji o úsporách, které by podle předkladatelů měla elektronická preskripce systému přinést.

Senátoři kritizovali především procedurální záležitosti – tedy

skutečnost, že pozměňovací návrh vládní novely nebyl řádně projednán. Ztotožňují se však i s argumenty odborné veřejnosti. Kromě elektronické preskripce z návrhu vypustili také povinnost lékárníků informovat pacienty o výši úhrady léku z veřejného zdravotního pojištění. Senátor Jiří Oberfalzer (ODS) pak prosadil ustanovení, aby u léků, které jsou na trhu déle než 10 let, nebyla nutná opětovná registrace.

Transpozice směrnic

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) od počátku zavedení

elektronického receptu hájil s tím, že e-preskripce má potenciál zvýšit efektivitu systému a zlepšit kontrolu. S tím prý souvisí i omezení padělání léků, k čemuž nabádá Evropská unie. Hlavním důvodem pro zpracování nové normy byla podle Leoše Hegeře právě potřeba transpozice dvou směrnic Evropského parlamentu a Rady – farmakovigilační směrnice a směrnice omezující vstup padělaných léčivých přípravků do legálního dodavatelského řetězce. „Cílem je modernizace poskytování zdravotních služeb,“ shrnul ministr.

Neřádné přílepkování

Argumentace ministra zdravotnictví však senátory nepřesvědčila. Podle Jana Žaloudíka (ČSSD) se v případě elektronické preskripce jedná o výsledek „neřádného přílepkování“, které prý někteří poslanci ČSSD podpořili zcela nevědomky.

„Pan kolega Boris Štátný tam dal nešťastný přílepek k elektronické preskripci. Dal tam i další přílepek o tom, jak by se léky mohly posílat. Ten se potom tak trošku zrušil, čehož si nevěšili ani někteří naši poslanci za sociální demokracii, takže v naději, že už je zase zrušeno vše, co tam poslanec Štátný dal, dokonce hlasovali a pak se divili, pro co to hlasovali,“ vysvětlil profesor Žaloudík, který sice elektronickou pre-



Jan Žaloudík. | Foto: Leoš Chodura

skripci dle svých slov principiálně uznává, ale požaduje, aby k přípravě jejího zavedení byla přizvána i odborná veřejnost.

(fkc)

Slučování fakulturních nemocnic v Brně: Rozhodne se do května

Ve dvou brněnských fakulturních nemocnicích (FN Brno a FN u sv. Anny) začaly analytické týmy zpracovávat podklady pro případné sloučení obou zařízení. Jasně bude do konce května.

S myšlenkou na sloučení obou fakulturních nemocnic přišel ministr zdravotnictví Leoš Heger, který uvedl, že by se nemocnice měly sloučit do jedné velké instituce a že úřad již připravuje potřebnou legislativu. Zároveň však ministr tvrdí, že k věci případného sloučení nemocnic nechce přistupovat direktivně.

Přeplněné interny se rušit nebudou

Po odstoupení dosavadního ředitele Fakulturní nemocnice u sv. Anny

v Brně (FNUSA) Petra Košky byl vedením nemocnice pověřen ředitel FN Brno Roman Kraus, který zároveň připravuje analýzu, jež má zmapovat možné úspory, které by mohlo sloučení přinést. „Vpracujeme materiál, jenž ukáže, které provozy jsou zbytečně zdvojené a nevyužívají svou celou kapacitu – ať už jde o počty lůžek nebo přístrojové vybavení. Tyto nadbytečné kapacity na jedné či na druhé straně pak budeme muset zredukovat,“ popisuje obecně východisko analýzy ředitel.

Zároveň je už nyní podle jeho slov jasné, že některé provozy zůstávají zcela jistě netknuté – půjde například o interní kliniky, jež jsou v obou fakulturních nemocnicích přeplněné a využívají svou kapacitu na 100 procent. „V Brně už léta citelně chybí interní oddělení, které bylo bez náhrady uzavřeno v městské nemocnici na Kolišti. Od té doby se Brno potýká s nedostatkem interních lůžek. To má vazbu i na následnou péči, která bohužel v Jiho-moravském kraji není vyřešená

a počet lůžek následně péče nejen neroste, ale dokonce jich ubývá,“ vysvětluje Roman Kraus. Podle jeho slov je v současnosti na interních klinikách řada pacientů, kteří by již neměli být v péči fakulturní nemocnice, ale například zařízením dlouhodobé nebo rehabilitační péče.

Nejde o politické rozhodnutí

Zatímco pacientů by se slučování nemělo zásadně dotknout (nebudou se týkat například ambulantních provozů), redukce některých pracovních míst je pravděpodobná a dotkla by se zejména zdra-

vozního personálu v případě uzavření některých lůžkových oddělení.

„Na konceptu případného sloučení fakulturních nemocnic nyní pracují týmy podle jednotlivých odborností. Jejich práce začala teprve před několika dny, takže si veřejnost i zaměstnanci nemocnic budou muset na závěry ještě několik měsíců počkat. V současnosti je prioritou řešit problematiku klinik kardiologie a neurologie, které jsou součástí nového centra – ICRC. Jejich týmy nyní v první fázi tvoří společný koncept kardiologické a neurologické péče. Teprve pak budou následovat další oblasti,“ říká Roman Kraus.

Jasně v tom, zda má slučování FN Brno a FNUSA smysl, chce mít do konce května. „Naštěstí nejde o politické rozhodnutí, ale skutečně o řešení ekonomických problémů obou nemocnic. Ty jsou poněkud větší ve Fakulturní nemocnici u svatě Anny,“ uzavírá ředitel.

David Daniel

Pražské záchrance údajně hrozí propouštění

Pražská záchraná služba od svého zřizovatele, tedy hlavního města Prahy, letos dostane zhruba o 20 milionů korun méně než v roce 2012. Ředitel záchrané služby Zdeněk Schwarz se obává propouštění personálu i zhoršení dostupnosti péče.

Rozpočet záchranky přitom činí zhruba 400 milionů ročně. Od roku 2011 se ale snižují dotace na provoz a roste počet výjezdů. Vedení města ještě bude se záchranou službou o výši dotace jednat.

Město odmítá tvrzení, že situace je kritická

Podle náměstka primátora pro sociální oblast Ivana Kabického (ODS) má záchraná služba dostatečnou

finanční rezervu. Jde o příspěvkovou organizaci, která je vázaná na rozpočet města. „Ten byl oproti loňskému roku krácen o 6 procent. Hledáme úsporné mechanismy. Některá saturace tu ještě bude, ale nebude to 20 milionů,“ uvedl náměstek Kabický.

V loňském roce přitom poprvé počet ošetřených pacientů přesáhl stotisícovou hranici a záchranáka vyjížděla ke 127 tisícům případů.

Zvyšující se počet zásahů může podle odborníků souviset se stresem a velkým pracovním vypětím. Na zvyšujícím se počtu výjezdů může mít podíl také rušení pohotovostí a omezení ordinačních hodin. Údajně se objevují i případy, kdy je záchraná služba volána do 24 hodin k pacientovi, kterého předtím již jednou do nemocnice odvezla, nebyl však hospitalizován.

(ISO, ČTK)



Roman Kraus. | Foto: Martin Ježek

Senát bojuje za zachování služeb v roudnické nemocnici

Senátoři chtějí udržet všechna oddělení Podřipské nemocnice v Roudnici nad Labem. Intervenovali proto na ministerstvu zdravotnictví, ve Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) i u představitelů Ústeckého kraje.

V současné době je v provozu chirurgie a interna, dětské oddělení se má přeměnit na stacionář pro lehčí případy. Nový ředitel VZP Zdeněk Kabátek se nebrání dalším jednáním, odmítl však vyhovět všem požadavkům.

Gynekologii již lékaři opustili

„Jsem připraven se zástupci nemocnice jednat, ale tato jednání

musejí být racionální a musíme do nich vstupovat s tím, že žádná ze stran nemůže dosáhnout maxima,“ uvedl ředitel Kabátek. Návrhy pojišťovny údajně umožňují nemocnici i v současné složité situaci přežít. Už od loňského září je přitom uzavřeno gynekologicko-porodnické oddělení kvůli odchodu většiny lékařů. Jeho zrušení bylo stejné jako transformace dětského oddělení odů-

vodněno nedostatečným využitím kapacity.

Podporu získalo vedení nemocnice u senátorů. „Je mi strašně líto, že veškeré úvahy nad zdravotní péčí se řídí penězi a že se nevytváří žádný smysluplný systém,“ podotkla senátorka Milada Emmrová (ČSSD). Zachování nemocnice v jejím celku loni podpořilo zastupitelstvo kraje i petice, pod níž se podepsalo 14 tisíc lidí. (ČTK, ISO)

Kraj nemá vliv na řízení Krajské nemocnice v Liberci

Nové vedení Libereckého kraje ztratilo možnost ovlivňovat řízení a hospodaření v Krajské nemocnici v Liberci. Nemá totiž v dozorčí radě nemocnice žádného zástupce. Informoval o tom hejtman Martin Půta.

Změnu v dozorčí radě zablokovali zástupci města Liberec, které je s podílem cca 17,5% minoritním akcionářem nemocnice. Důvodem jsou politické neshody. Městu se nelíbí nový zastupitelé navrhovaní krajem.

Kraj musí vyjednávat

Podle zástupce města Petra Čer-

ného (Věci veřejné) kraji nezbývá jiného než s městem vyjednat kompromis. Další valná hromada se koná za měsíc. Hejtman Půta však považuje jednání libereckých zastupitelů za bezprecedentní, v minulosti město údajně nikdy nezpochybovalo zvolené zástupce kraje v dozorčí radě a totéž platilo i naopak. (ISO, ČTK)

Vstup nových léků na trh se možná urychlí

Nové léky by se v budoucnu mohly k lidem dostávat rychleji. Zkrátit by se měl nejen proces registrace inovativních přípravků, ale i čas potřebný ke stanovování ceny a úhrady léků, které chtějí firmy uvádět na trh v jednotlivých státech EU.

O usnadnění vstupu nových léčivých přípravků do oběhu by se měla postarat legislativa, kterou má v blízké době projednávat Evropský parlament (EP). V první řadě jde o směrnici o průhlednosti opatření upravujících ceny humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti veřejných systémů zdravotního pojištění (2012/0035 COD). Ve druhém případě se jedná o nařízení EP o klinických hodnoceních humánních léčivých přípravků (2012/0192 COD). S oběma legislativními návrhy novináře seznámil europoslanec Milan Cabrnoch (ODS), který byl jejich zpravodajem. Pokud budou změny přijaty na plenárním zasedání EP, mohly by v jednotlivých zemích platit už v roce 2015.

Bič na regulátora

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) má podle dnes platné legislativy pro stanovení ceny a úhrady léků k dispozici 180 dní. Podle Milana Cabrnocha je taková lhůta příliš mírná, zvláště když za její překročení ústavu nehrozí žádné sankce. Podle návrhu novely směrnice, která od roku 1989 nebyla nijak modifikována, by se tato lhůta měla výrazně zkrátit. V případě originálních léků by SÚKL musel rozhodnout do 60 dní, v případě generik dokonce do 15 dní.

Milan Cabrnoch jakožto člen Skupiny Evropských konzervativců a reformistů očekává bouřlivé diskuse napříč jednotlivými frakcemi v EP i na národních úrovních. Lze to prý vyvodit již z pr-



Milan Cabrnoch. | Foto: archiv

votních debat, jež europoslanec vedl s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem. „Je přirozené, že žádný úřad nechce přistoupit na zpřísnění jakýchkoli lhůt. Léky se však nedělají pro úředníky, nýbrž pro pacienty,“ konstatoval Milan Cabrnoch.

Bezpečnější studie

Lhůty pro rozhodování se mají zkrátit i v případě schvalování klinických hodnocení humánních léčivých přípravků, a to na 10–30 dní podle typu studie. V současnosti tento proces trvá v průměru 152 dní. V EU je každoročně podáno přibližně 4400 těchto žádostí, 60 % z nich zadávají farmaceutické společnosti a 40 % žádosti vzejde z akademické půdy. Nařízení má obsahovat mechanismy zvyšující bezpečnost klinického testování jak z pohledu pacientů, tak firem.

Podle důvodové zprávy se v posledních letech výrazně zvýšily finanční náklady na provádění klinických studií (107 %). Nekomerční zadavatelé se pak potýkají především s nárůstem adminis-

trativních nákladů (98 %). Nařízení tedy počítá jednak s úpravou systému pojištění klinických studií ve smyslu snížení nákladů na toto pojištění a jednak se sjednocením dokumentace jakož i jednotným evropským portálem pro předkládání žádostí.

Mlčení znamená souhlas

Pravděpodobně nekontroverznější částí obou legislativních návrhů je zavedení institutu tzv. tichého souhlasu. Pokud úřady rozhodující o ceně a úhradě léků či schvalující zahájení klinických hodnocení humánních léčivých přípravků nevydají rozhodnutí v daných lhůtách, bude automaticky předpokládán jejich souhlas. I o tomto opatření, které v podstatě supluje finanční sankce, se pravděpodobně povedou ostré diskuse, a jeho konečné zavedení je tedy v této chvíli otázkou spíše hypotetickou.

Filip Kút Citores

Obří výzva evropské iniciativy pro české vědce

České vědecké týmy mají v těchto dnech příležitost získat prostředky od evropské Innovative Medicines Initiative (IMI), jejíž aktuální výzva se zaměřuje na výzkum v oblasti mikrobiální rezistence. Na vývoj nových, účinnějších léčiv IMI vydá v přepočtu 6 miliard korun.

„Evropská iniciativa IMI je první svého druhu, jež propojuje vědecká pracoviště s inovativním farmaceutickým průmyslem a jde cíleně za vývojem nových preparátů. Letos se zaměří na boj proti nemocím rezistentním například vůči antibiotikům, mimo jiné na multirezistentní typy tuberkulózy,“ vysvětluje výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček.

České výzkumné organizace mohou čerpat evropské finance v oblasti inovativní medicíny za podmínky, že se zapojí do konsorcia spolu s farmaceutickou společností. Miliardu eur IMI dostala na projekt od Evropské unie, druhou miliardou přispěla Evropská asociace farmaceutických společností (EFPIA).

Praktické výstupy jsou přínosem pro všechny

Projekty jsou koncipovány tak,

aby výsledky výzkumu byly co nejnázemněji převedeny do praktického využití. Právě zde se jeví jako výhodné konsorcium výzkumného týmu akademické instituce s malou či střední lokální firmou a velkým výrobcem originálních léků. „Praktické výstupy výzkumných činností jsou v Česku zatím spíše výjimkou. Klasické akademické dotační tituly často považují za praktický výstup třeba publikování výsledků výzkumu. Výzvy IMI jsou ovšem zaměřené především na praktický výsledek,“ doplňuje Jakub Dvořáček.

Ve spolupráci s velkou firmou je velmi pravděpodobné, že se výsledky realizovat budou. Je to ostatně v zájmu všech zúčastněných. „Když už do výzkumu peníze dáváme (a dáváme je všichni, protože prostředky v českých grantových schématech jdou z veřejných financí), měli by být účastníci těchto programů pod-

porováni v tom, aby se výsledky jejich bádání komercializovaly. Jinak z toho stát kromě vědecké prestiže nic nemá,“ domnívá se výkonný ředitel AIFP.

Od výzkumu k pilulce

Řada českých týmů své výsledky ve spolupráci s velkými producenty originálních léků do praxe přenáší. Jedním z nich je kolektiv vědců z týmu loni zemřelého profesora Antonína Holého z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR (ÚOCHB). „V současné chvíli máme osm projektů ve fázi, kdy je základní vědecká část víceméně dokončena. Nyní se snažíme posunout je do fáze vývoje léku,“ říká profesor Martin Fusek z ÚOCHB, který je zároveň výkonným ředitelem společnosti založené ústavem právě pro transfer technologií.

„Snažíme se financovat naše projekty a posouvat je z čistě vědecké oblasti do aplikovaného vý-



Prof. Martin Fusek. | Foto: Martin Ježek

zkumu. Máme státní podporu z grantu Technologické agentury České republiky a díky AIFP se dostáváme do kontaktu s originálními výrobci, kteří by se časem mohli stát licenčními partnery. Pokračujeme také ve spolupráci s americkou společností Gilead Scientific, která uvedla na trh léky pana profesora Holého. S nimi pracujeme i nadále na jiných projektech a naše kooperace už je daleko snazší – máme například společné výzkumné centrum, které je financováno z jejich strany. My zde plníme výzkumnou

funkci a poté se s firmou dělíme o výsledky,“ popisuje profesor Fusek cesty vědeckého týmu ke konkrétnímu léku. I jeho tým se zajímá o budoucí výzvy a hledání konsorciálních partnerů.

Pro propojení jednotlivých týmů IMI zřídila webový nástroj, tzv. *partnering tool*, jenž hlavně menším subjektům pomáhá dostat se do podobných konsorcií. Žádosti pro oblast mikrobiální rezistence mohou týmy podávat do 19. března 2013. Poté budou vyhlášeny ještě tři další výzvy v odlišných tematických oblastech.

Petra Klusáková

Zákaz kouření v restauracích ochrání před závislostí 30 % mladých lidí

Zjistili to autoři studie mezi mladými lidmi ve věku 18–22 let. Studenti Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy ve svém druhém výzkumu potvrdili fakt, že mladí kuřáci nejčastěji kouří v restauracích, barech, diskotékách a klubech. Příležitostní kuřáci pak kouří téměř jen v těchto zařízeních.

Většina pravidelných kuřáků začala podle studie kouřit, když jim bylo méně než 16 let. Čím dříve dítě začne pravidelně kouřit, tím je pravděpodobnější, že pravidelným kuřákem zůstane. V České republice je ve věku 18–22 let celkem 53 % kuřáků, jen 47 % mladých lidí se považuje za nekuřáky. Mladí kuřáci nejčastěji kouří v restauracích, barech, diskotékách a klubech (64 %). Příležitostní kuřáci pak kouří téměř jen v těchto zařízeních (73 %).

Možnost kouřit v restauracích, barech, diskotékách a klubech tak podle autorů studie podporuje mladé lidi v kouření. Pokud by v těchto zařízeních platil zákaz kouření, podle vlastních slov by vůbec nezačala kouřit čtvrtina (24 %) pravidelných kuřáků a polovina (51 %) příležitostných kuřáků. „Celkem 30 procent z těch, kteří začali kouřit před 18. rokem věku, pak uvedlo, že kdyby platil zákaz, s kouřením by vůbec nezačali,“ uvedla spoluautorka studie Sabina Bergerová.

Peníze do rozpočtu, nebo život!

Tuto zprávu kvitoval ministr zdravotnictví Leoš Heger: „Z výsledků studie budeme velmi těžit v naší argumentaci v souvislosti s novým zákonem proti kouření, který je nyní v připomínkovém řízení. Je-

ho prosazení je ale náročné. Kouření přináší do státního rozpočtu mimořádně vysoké prostředky. Neříkám to proto, že bych chtěl jako člen vlády ochraňovat státní rozpočet, ale protože to je podstatný důvod, proč je boj s kouřením na nejvyšší politické úrovni tak obtížný. Tyto příjmy do státního rozpočtu čítají ročně asi 50 miliard. Přitom přímé náklady spojené s léčbou onemocnění způsobených kouřením stojí ročně 11 miliard a dalších 25 miliard je vázáno na nepřímé náklady spojené s pracovní neschopností,“ doplnil ministr.

Obtížnost politických kroků proti kouření ilustruje také negativní postoj České republiky vůči novému návrhu směrnice Evropského parlamentu a Rady, o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků. Ta nově přichází s návrhem na zrušení cigaretových příchutí či úplný zákaz cigaret typu *slim*. „Zatím ji v poslanecké sněmovně projednával výbor pro evropské záležitosti a doporučuje tuto směrnici nepřijmout,“ uvedl ministr s tím, že nechce být pouze pesimistou. Vnímání kouření ve společnosti se podle něj posunulo směrem k ochraně zdraví a většina pracovišť je nyní nekuřáckých.

Vykazovat pasivní kouření?

Jak vyplynulo ze studie, mladí kuřáci pocházejí především z rodin, kde kouří nebo dříve kouřil alespoň jeden z rodičů. Ti zdraví svých potomků ohrožují již pasivním kouřením. Dětské pacienty trpí kromě typických kuřáckých zdravotních obtíží také příznaky depresivní poruchy, sklonem k hyperaktivitě, úzkosti či poruchami chování. Docentka Eva Králíková z Centra pro závislé na tabáku při 3. interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze v této souvislosti upozorňuje, že lékaři v protikuřáckém boji dostatečně nevyužívají možnosti diagnostikovat u dětí pasivní kouření (Z58.7). To ale poněkud komplikuje současný systém kapitační platby, kdy praktičtí lékaři pro děti a dorost většinu výkonů ani diagnóz nevykazují a dostávají měsíční paušál na pojištěnce.

S principem využití diagnózy pasivního kouření k prevenci nesouhlasí předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL) Alena Šebková. „Vykazování této diagnózy vnímám spíše jako statistický údaj a upřímně v tom nevidím smysl. Smysl je v praxi – tedy pokud máme často nemocné dítě, pátráme po možných nežádoucích vlivech i v jeho okolí, kam samozřejmě může pasivní kou-

ničeho – možná pouze v případě, kdy by její vykazování bylo vázáno na možnost sankcí pro rodiče například ze strany zdravotních pojišťoven,“ říká Alena Šebková.

„Kouření je celospolečenský problém, a když pozoruji, jak těžce se rodí a prosazují dosud předkládaná omezení kouření ve veřejných prostorách, je i práce na tomto poli ze strany PLDD sisyfovská,“ uzavírá předsedkyně OSPDL.

Petra Klusáková

Jaroslav Vomáčka děkanem Fakulty zdravotnických věd UP

Akademický senát zvolil do čela Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci počtem sedmi hlasů z devíti přednostů Ústavu radiologických metod FZV UP doc. MUDr. Jaroslava Vomáčku, Ph.D., MBA. Ten je zároveň krajským a městským zastupitelem za ČSSD. Nový děkan, který v minulosti vedl Fakultní nemocnici Olomouc, hodlá v budoucnu prohlubovat spolupráci mezi fakultou a nemocnicí a podporuje

stěhování fakulty do areálu teoretických ústavů.

(iso)



Foto: archiv UP

Nové vedení Národního tkáňového centra

Národní tkáňové centrum (NTC) jmenovalo koncem ledna některé nové členy představenstva i dozorčí rady. Mateřská společnost NTC PrimeCell si zvolila nového ředitele, kterým je bývalý šéf Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Petr Koška.

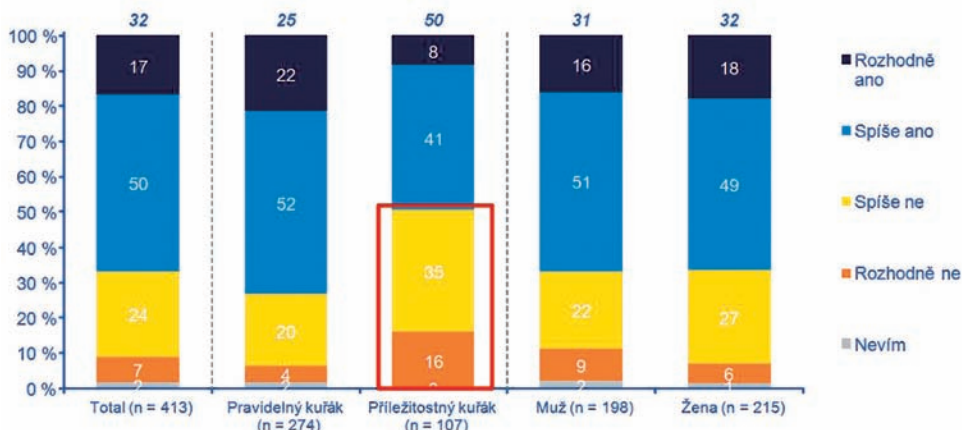
Valná hromada Národního tkáňového centra, které je společným podnikem Ministerstva zdravotnictví ČR a společnosti PrimeCell, jmenovala jako nového člena představenstva prvního náměstka MZ Marka Ženiška, novým místopředsedou se stal Petr Koška. Bývalý ředitel Fakultní nemocnice sv. Anny byl zároveň jmenován novým výkonným ředitelem PrimeCell.

„PrimeCell si vytvořil ideální podmínky pro rozvoj a je mezinárodně vnímán jako přitažlivý subjekt v oblasti moderní buněčné terapie, vědy a výzkumu s mnoha celosvětově fungujícími projekty. Mým cílem je tyto projekty dále rozvíjet tak, aby naplnily naše poslání, te-

dy pomoci lékařům vrátit nemocné do plnohodnotného života prostřednictvím léčivých přípravků za použití buněk pacienta,“ uvedl Petr Koška.

Na post člena dozorčí rady NTC byl jmenován náměstek MZ pro zdravotní pojištění Petr Nosek. Současně byl po předchozí abdikaci v roce 2012 odvolán z funkce člen dozorčí rady Pavel Březovský, který je nyní ředitelem Státního ústavu pro kontrolu léčiv, a také současný ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny v oblasti moderní buněčné terapie, vědy a výzkumu s mnoha celosvětově fungujícími projekty. Mým cílem je tyto projekty dále rozvíjet tak, aby naplnily naše poslání, te-

(iso, klu)



Znění otázky: Představte si, že by v době, kdy jste začínal/a kouřit, existoval zákaz kouření v barech/klubech/restauracích/diskotékách. Myslíte si, že byste stejně začal/a pravidelně kouřit? Odpovídají ti, kteří v současné době kouří pravidelně (každý den nebo občas) nebo v minulosti pravidelně kouřili, ale přestali. (Zdroj: Ipsos, září 2012). | Foto: www.cssd.cz

ROZHOVOR

Personál malých porodnic byl hodnocen jako vstřícnější

Z výsledků celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí u reprezentativního vzorku 1195 žen, které porodily v letech 2005–2012 v českých porodnicích, vyplývá, že v českém porodnictví navzdory jeho vysoké úrovni a pozitivním změnám v poslední dekádě přetrvávají mnohé nedostatky. Závěry studie „Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví – Kvalita perinatální péče očima rodiček“ okomentovala její spoluautorka **Mgr. Lea Takács** z katedry psychologie FF UK v Praze.

Rodičky si stěžují na nedostatečné zapojování do rozhodování, omezené poskytování informací ze strany zdravotníků a nerespektování přání rodiček ohledně způsobu vedení jejich porodu. Z psychologického hlediska patří mezi nejslabší stránky nedostatečná podpora žen v průběhu porodu i v poporodním období. Vyplývá ze studie, jaký typ podpory je pro rodičky důležitý?

Obecně je důležité, aby zdravotníci vytvářeli příznivé klima, tedy aby byli empatictí, příjemní, ochotní a ohleduplní. V průběhu porodu je velmi důležitá psychická podpora ženy v případě náhlých komplikací, především citlivé a srozumitelné vysvětlení situace, empatické porozumění a zájem o ženiny pocity a obavy, což jí pomáhá překonávat úzkost. V poporodním období je důležitá podpora žen, které mají problémy s kojením, hlavně povzbuzení a praktická pomoc. Z našich výsledků však vyplývá, že to, co ženy považují za vůbec nejdůležitější, je včasné informování o chystaných zákrocích a vyšetřeních.

Ve srovnání s rodičkami ve Švédsku, Velké Británii, USA, Kanadě či Austrálii se české ženy chtějí méně často podílet na rozhodování o způsobu vedení svého porodu a toto rozhodování raději přenechávají zdravotníkům; je však pro ně velmi důležité, aby s nimi zdravotníci jednali jako s rovnocennými partnery, své postupy jim vysvětlovali a samozřejmě aby byli laskaví a vstřícní. Ženy si opakovaně stěžovaly na autoritativní a necitlivý přístup personálu a na to, že jim zdravotníci prováděli některé rutinní zákroky (jako například amniotomie) či nepříjemná a bolestivá vyšetření bez toho, aby je na to předem upozornili, aby o tom s nimi mluvili. To, že žena ví, co se s ní děje a co jí čeká, je zásadní pro její pocit kontroly nad situací. Pokud tento pocit nemá, mů-

že se jí taková situace jevit jako ohrožující, vyvolávat v ní pocity úzkosti a strachu a vést ke stresové reakci provázené odpovídajícími hormonálními změnami, které mohou negativně ovlivnit průběh porodu.

Respondentkám vadil neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotnických zařízení. Za empatické a vstřícné označila české zdravotníky jen polovina žen a 40 procent rodiček hodnotí zdravotníky jako nadřazené a lhostejné. Jde zejména o fakultní nemocnice a porodnice s více než 800 porody za rok. Která zařízení byla z tohoto úhlu pohledu hodnocena nejhůře?

Výsledky pro konkrétní zdravotnická zařízení jsme uváděli pouze v případech, že danou porodnici hodnotilo alespoň 20 rodiček. Tuto podmínku splňovalo 18 porodnic. Co se týče vstřícnosti personálu, horší hodnocení získalo porodnické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích, porodnické oddělení i oddělení šestinedělí Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, oddělení šestinedělí Thomayerovy nemocnice v Praze a oddělení šestinedělí Fakultní nemocnice Brno v Bohunicích.

Tyto výsledky je ale třeba chápat pouze jako orientační, neboť soubory žen hodnotících jednotlivé porodnice nebyly ve všech případech reprezentativní. Cílem výzkumu bylo v první řadě sledovat obecné trendy a zjistit, v jakých oblastech dosahuje spokojenost s českými porodnicemi obecně lepší a horší výsledky – v tom jsou naše výsledky velmi spolehlivé, neboť výzkumný soubor jako celek byl pro populaci českých rodiček reprezentativní a byly do něj zahrnuty všechny aktuálně existující porodnice v Česku.

Vyšla některá z hodnocených porodnic jako ta po všech stránkách úplně nejlepší?

Nadprůměrné hodnocení získalo porodnické oddělení Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze (šestinedělí zde ovšem naopak bylo hodnoceno podprůměrně), výrazně vyšší hodnocení jak porodnického oddělení, tak i oddělení šestinedělí bylo zjištěno u porodnic v Hořovicích a Jablonci nad Nisou. Dvě posledně jmenované porodnice měly lepší výsledky ve všech sledovaných dimenzích péče ve srovnání s průměrnou spokojeností v ostatních porodnicích v Česku.

Lze říci, že psychologická péče o rodičku je v malých porodnicích hodnocena jako kvalitnější?

Personál v malých porodnicích byl hodnocen jako empatictější, vstřícnější a více respektující rodičí ženy a jejich individuální přání. V malých porodnicích ženy pociťovaly větší kontrolu nad průběhem porodu a mohly se více zapojovat do rozhodování.

Je známo, že například rodičky, které volí alternativní porod doma, často bývají vysokoškolsky vzdělané ženy. Souvisí míra spokojenosti respondentek s přístupem na porodních odděleních s výší jejich vzdělání?

Ano, vzdělanější ženy byly s péčí v porodnici spokojeny méně. Hodnotily hůře nejen přístup zdravotníků, ale i jejich dosažitelnost a podávání informací. Ženy s nižším vzděláním však zase měly častěji pocit, že s nimi zdravotníci jednali nadřazeně a nebrali je jako rovnocenné partnery.

I dle projektu „Kvalita očima pacientů“ (KOP) jsou porodnická oddělení hodnocena hůře než ostatní oddělení nemocnic. Nakolik vás výzkum bere v potaz narušení psychické rovnováhy, kterou u žen porod ovlivňuje?

V našem výzkumu respondentky hodnotily péči v porodnici s ča-

sovým odstupem – v průměru 12 měsíců po porodu. Po takové době již nehrozí riziko zkresení výsledků v důsledku hormonálních změn, které provázejí porod a období šestinedělí. Výzkumy ale poukazují na to, že hodnotí-li ženy porodnickou péči ještě během svého pobytu v porodnici, bývají výsledky spíše nadhodnocené, jelikož se do hodnocení žen promítá i radost z narození dítěte a úleva, že mají porod za sebou. I naše výsledky poukazují na to, že s odstupem času spokojenost spíše klesá.

V závěru práce uvádíte, že je třeba posílit postavení rodičích žen. Jak konkrétně?

V první řadě jde o to, aby rodičky byly považovány za klientky a rovnocenné partnerky a aby k nim zdravotníci přistupovali s respektem. S tím souvisí podávání dostatečných informací, ochota diskutovat s rodičkou možné postupy a možnost ženy rozhodovat o způsobu vedení svého porodu, ale také například o tom, jestli bude mít své dítě po porodu u sebe.

Existují zákonné normy, podle nichž lze tyto postupy po zdravotnicích vyžadovat?

To je otázka spíše pro právníka, každopádně pokud vím, takzvaná práva pacientů nejsou právně vymahatelná.

Jedním z hlavních úkolů je posilování psychologických kompetencí zdravotnického personálu, kam patří například schopnost dobře komunikovat nebo vlastní psychohygienu. Kdo nebo co může zdravotníky k těmto změnám motivovat?

Problémem je nedostatečné pregraduální i postgraduální vzdělávání zdravotníků v psychologické problematice, a to jak v teorii, tak i v praktických dovednostech včetně komunikace. Zde by tedy bylo třeba začít a zdravotníci by k tomu měli být motivováni na-

stavením systému povinného vzdělávání. Pokud budou vyžadovat lepší přístup personálu v porodnicích samy ženy, bude to mít efekt především tehdy, budou-li porodnice muset obstát v konkurenčním prostředí. Ale toto je otázka spíše pro tvůrce koncepce zdravotní politiky či zřizovatele zdravotnických zařízení.

Spokojenost rodiček je poměrně nízká navzdory vysoké odbornosti českého porodnictví a nízké novorozenecké mortalitě. Vypadá to, jako by se v našem porodnictví tyto dvě složky (spokojenost a odborná úspěšnost) vylučovaly. Porodnictví klade větší důraz na potřeby novorozenců, zatímco matky nespokojené s možnostmi aktivního přístupu jsou ze strany asistentek a porodníků vnímány jako problémové osobnosti, které práci zdravotníků dostatečně neocenují. Jak tuto situaci zlepšit?

Jak už bylo řečeno, velká část českých žen přichází do porodnice s tím, že rozhodování o způsobu vedení svého porodu raději delegují na zdravotníky – v našem výzkumu se ukázalo, že podíl rodičky na rozhodování nepatří mezi významné prediktory spokojenosti s péčí. Na druhé straně ale existuje relativně početná skupina žen, které mají konkrétní představy o průběhu svého porodu a chtějí se aktivně podílet na rozhodování. Je pravda, že tyto ženy často narážejí na nepochopení a neochotu zdravotníků, kteří takový přístup považují za nežádoucí zasahování do svých odborných kompetencí a reagují autoritativně a nevstřícně.

Počet žen s aktivním přístupem k porodu přitom bude do budoucna dále stoupat. Situace se pravděpodobně zlepší až tehdy, když se spokojenost s péčí, a tedy i nárůst klientely, bude promítat do financování dané porodnice a projeví se i na finančním ohodnocení personálu. Naše výsledky ovšem ukazují, že v České republice již existují porodnice (včetně velkých), v nichž personál přání rodiček respektuje – v tomto ohledu byly například velmi dobře hodnoceny ÚPMD v pražském Podolí či FN Brno na Obilním trhu.

Protony a radioterapie v České republice

Otevřením protonového centra v Praze se nám naskytá unikátní možnost spolupráce mezi odborníky na tomto pracovišti a v ostatních radioterapeutických centrech, zařazení pacientů do výzkumu a provedení srovnávacích studií pro vybrané diagnózy.



Foto: archiv PTC

Radiční onkologie v posledních desetiletích zaznamenala velmi rychlý rozvoj. V současnosti jsou za standardní vybavení radioterapeutických pracovišť považovány lineární urychlovače, které léčí brzdým zářením (fotonové záření, X-záření) a elektronovými svazky. Nyní je v České republice v provozu 44 lineárních urychlovačů (zahrnut je i X-nůž v Masarykově onkologickém ústavu), jeden robotický lineární urychlovač *cyberknife* (Ostrava) a jeden Leksellův gama-nůž (Praha). Tedy diametrálně odlišná situace v pozitivním smyslu při srovnání se situací na konci minulého století. Ale stále ne optimální.

Názor evropských odborníků

V loňském dubnovém čísle prestižního časopisu Evropské radioterapeutické společnosti (ESTRO) *Radiotherapy and Oncology* vyšlo několik prací zabývajících se problematikou protonové terapie. Zvláště přehledový článek předních evropských radioterapeutů (Ruysscher et al.) se snaží podat ucelený a objektivní pohled na využití léčby pomocí nabitých částic, tedy i protonů, v klinické praxi.

V textu se uvádí, že stále nejsou k dispozici definitivní závěry, neboť za posledních 5 let nebyla provedena žádná klinická studie fáze III a z mnoha retrospektivních i několika prospektivních studií není možné určit, zda jsou protony opravdu lepší než fotonová te-

rapie. Navíc řada publikovaných klinických studií byla provedena v době, kdy nebyly dostupné současné radioterapeutické technologie, včetně nejnovějších zobrazovacích metod.

Autoři souhrnu nemohou potvrdit, že terapie protony umožňuje eskalaci dávky záření vedoucí k vylepšení lokální kontroly tumoru a k prodloužení přežití bez zvýšení vedlejších účinků. Výhody protonové terapie jsou omezeny pouze na redukci dávky, jež zasáhne okolní orgány. Kromě vzácných indikací, jako jsou dětské nádory, stále platí předchozí závěry autorů, tj. že zisk z použití protonů v praxi zůstává kontroverzní a nejasný. V závěru článku autoři doporučují podporu dalšího výzkumu protonové terapie v léčebných centrech k získání dostatečného množství dat.

Pohled ze zámoří

Ve stejném čísle časopisu *Radiotherapy and Oncology* jsou publikována doporučení Americké radioterapeutické společnosti (ASTRO) k protonové terapii (Allen et al.). Zveřejněná data zatím neposkytují dostatečné důkazy o výhodě protonové terapie v léčbě bronchogenních karcinomů, karcinomů hlavy a krku, zhoubných nádorů trávicího traktu ani dětských malignit mimo nádory centrální nervové soustavy.

V případě časných stadií bronchogenních nádorů (stadium I), které nebyly určeny k chirurgické léčbě, má protonová terapie stejné vý-

sledky v lokální kontrole jako stereotaktická radiochirurgie lineárními urychlovači (80–90% lokální kontrola). Při použití protonové terapie je však menší riziko ozáření druhostranné plic. U karcinomu prostaty a hepatocelulárního karcinomu jater jsou dostupná data o efektivitě protonové terapie, která nejsou lepší než radioterapie brzdými svazky (X-záření), nicméně při ozáření protony jsou okolní zdravé tkáně zasaženy méně.

V léčbě nádorů centrálního nervového systému dětského věku se předpokládají lepší výsledky protonové terapie než při ozáření fotony, ale výsledky jsou předběžné, chybějí data z klinických studií. V případě ozáření rhabdomyosarkomu v očnici u dětských pacientů je popsána 85% lokální kontrola a zvýšené šetření druhostranné orbity a zrakových drah. Riziko vzniku sekundárních nádorů u dětí ozářených protonovými svazky se snižuje asi o polovinu, metaanalýza uvádí hodnotu rizika 6,4%. Zlepšené léčebné výsledky se ukazují v léčbě chordomů (až 80% lokální kontrola) a očních melanomů (95% lokální kontrola při 90% zachování zraku) protonovými svazky. Srovnatelné výsledky s radiochirurgií fotonovými svazky byly publikovány v léčbě meningeomů.

Pro další zhodnocení radioterapie urychlenými částicemi chybí data z prospektivních a randomizovaných studií fáze III, nicméně předběžná data protonové terapie,

zvláště moderními technikami, naznačují optimistický potenciál do budoucna.

Zlepšení ve vybraných indikacích

Protonová terapie, respektive radioterapie urychlenými částicemi, znamená významný technický pokrok v radioterapii zhoubných nádorů. Ve správných indikacích lze předpokládat snížení vedlejších účinků záření a u vybraných nádorů i zlepšení léčebných výsledků ve smyslu lokální kontroly a prodloužení přežití (chordomy, oční melanomy, dětské nádory centrální nervové soustavy). Srovnatelné výsledky s moderní léčbou X-zářením protonová terapie prokazuje v léčbě karcinomů prostaty, stejně tak ve srovnání s radiochirurgií lineárními urychlovači v případě léčby nádorů plic časného stadia a meningeomů.

Dále se protonová terapie používá v léčbě nádorů hlavy a krku, trávicího traktu a vyšších stadií karcinomu plic, sarkomů a nádorů mozku. U těchto diagnóz jsou výsledky léčby zatím kontroverzní. Bohužel ke statistickému vyhodnocení léčebné a ekonomické efektivity protonové terapie chybí validní data z randomizovaných studií fáze III. Určitě však protonová léčba nemá významně lepší léčebné výsledky v léčbě nádorů hlavy a krku oproti IMRT technice ozáření moderními lineárními urychlovači. Také v případě léčby karcinomu pankreatu ozářením jsou výsledky radioterapie fotony, protony i kybernetickými noži srovnatelné a nejsou převratné – tedy celkově špatné. Analgetický efekt záření u karcinomu pankreatu nelze udávat jako zlepšení léčebných výsledků.

Jednoznačnou výhodou protonové terapie je snížení dávky záření mimo cílový objem. To může vést ke snížení rizika vzniku sekundárních nádorů po léčbě zářením. Avšak ani protonová terapie nezabrání riziku pozdních následků v ozářeném objemu, a to i v případě dětských pacientů. Ozářením kraniospinální osy u dětí s medulloblastomem se snižuje riziko trvalého poškození srdce, plic a štítné

žlázy, riziko růstových deformit u ozářených obratlů je však obdobné jako při ozáření brzdým svazkem urychlovače, možná i vyšší.

Protony v Česku – unikátní šance

Otevřením protonového centra v Praze se nám naskytá unikátní možnost zařadit naše pacienty do výzkumu a zcela jistě se mohou uskutečnit i srovnávací studie pro vybrané diagnózy nebo pilotní projekty. Kontrolní skupinou ve studiích mohou být pacienti léčení moderní fotonovou terapií v komplexních onkologických centrech. Vzhledem k absenci srovnávacích studií protonového ozáření a nejmodernější fotonové léčby se tak nabízí značné možnosti spolupráce mezi odborníky v protonovém centru a ostatních radioterapeutických centrech.

Základem léčby zářením v České republice i po zprovoznění protonového centra v Praze zůstane lineární urychlovač. Komplexní onkologická centra disponují ověřenou technologií radioterapie na vysoké úrovni, vybraná pracoviště navíc poskytují špičkové způsoby radioterapie, které nelze nahradit ani protonovými svazky. Zcela určitě budou v onkologických centrech zůstat pacienti s nádory prsu, konečnicku, plic, kůže, gynekologickými a hematologickými nádory atd., tedy s nejčastěji se vyskytujícími malignitami.

Je na kompetentních orgánech státní správy a zdravotních pojišťovněch, aby tuto situaci braly v úvahu při rozdělování dotací a úhrad zdravotní péče, neboť drtivá většina pacientů bude i nadále léčena v onkologických centrech lineárními urychlovači. Zde je nutné připomenout, že i na těchto pracovištích bude nutností další modernizace ozářovacích a plánovacích systémů. Již nyní se opět ukazuje nedostatek moderních ozářovacích přístrojů, což souvisí především s časovou náročností provádění špičkových technik radioterapie – IMRT, IGRT, radiochirurgie. Cena nových moderních urychlovačů je v České republice stále vysoká (dokonce vyšší než ve vyspělých západních Evropě), nelze tedy snížit úhradu výkonů radioterapie urychlovači a jinými ozářovacími přístroji na úkor proplácení ozáření protonovými svazky.

prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.
předseda Akreditační komise MZ ČR
pro radiční onkologii, člen výboru Společnosti
radiční onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP
a Vědecké rady České lékařské komory

Boj proti korupci v německém zdravotnictví

Již loni vypukla v Německu na nejvyšší úrovni – vládní i parlamentní – diskuse o potřebě posílit právní nástroje pro boj s korupcí ve zdravotnictví.

Vedení ministerstva zdravotnictví na veřejnosti demonstrovalo výčetem paragrafů z nejrůznějších zdravotnických zákonů fakt, že v Německu již v současnosti platí mnoho opatření pro snižování rizika korupce i pro její postih, avšak tamní ministerstvo zdravotnictví se rozhodně nebude bránit analýze, jež by měla prokázat případnou potřebu rozšíření těchto opatření.

V této souvislosti si „ohrály svou polévku“ zdravotní pojišťovny, jež požadují nové, speciální ustanovení pro postih lékařů, kteří se někdy údajně nechají „svést na nesprávnou cestu“. Zmiňován je zejména případ, kdy někteří ambulantní lékaři odesílají pacienty do nemocnic nikoli prý podle faktické potřeby, ale spíše na základě motivace od ústavních zařízení. Jedna z německých soudních instancí se přitom nechala slyšet, že ve stávajícím právním rámci

nelze dostatečně postihnout, pokud lékař odešle pacienta do určité nemocnice na základě finanční pobídky.

Komora požaduje více pravomocí

Lékařská komora na tyto diskuse opakovaně reagovala tím, že se možnostem většího postihu lékařů, kteří si to zaslouží, případně nebrání, ale boj s korupcí ve zdravotnictví podle ní nelze zužovat jen na tuto rovinu. Pokud by se měly měnit právní předpisy, pak musejí obsahovat vyvážené nástroje i proti nesprávnému chování jiných subjektů, například právě pojišťoven. Letos v lednu pak komora zareagovala na záměr pravicových i levicových politiků rozšířit škálu trestních postihů, v jejichž rámci se uvažuje o zavedení nové skutkové podstaty právě ve vztahu ke smluvním ambulantním lékařům, kteří by

posílali nemocnicím pacienty na základě úplaty.

Prezident spolkové lékařské komory Frank Ulrich Montgomery poukazuje na to, že není zapotřebí měnit trestní právo, ale lze rozšířit pravomoci profesní organizace tak, aby komora získala větší možnost provadět vlastní šetření a trestat lékaře tvrdším způsobem.

Nyní může komora ukládat pokuty jen do výše 10 tisíc eur, což prezident Montgomery považuje za nízkou částku a deklaruje, že je nakloněn citelnějším trestům, včetně odebrání povolení k výkonu profese. Zavádět do trestního zákoníku speciální paragraf pro postih některých lékařů sice v rozhovoru pro Deutsches Ärzteblatt označil za přemrštěné, vyběhl však politiky ke změně stávajících předpisů, jejichž tvorba či novela je v Německu v rukou zákonodárců.

Ne každá chyba je trestným činem

Další opatření, které němečtí politici podněcovaní svazem veřejných zdravotních pojišťoven zvažují, je zavedení nového trestného činu či zpřísnění stávajících paragrafů týkajících se chybného účtování pojišťovně, a to nejen ze strany lékařů, ale také nemocnic a lékáren.

Zatímco spolková lékařská komora volila při výměně názorů relativně smířlivější tón (ano, jsme proti korupci mezi lékaři, ale možná není třeba zavádět novou skutkovou podstatu trestného činu), pobočky komory na úrovni spolkových zemí se této iniciativě pojišťoven a politiků tvrdě brání.

Například zemská lékařská komora v Hesensku uvádí, že existují dvě zcela rozdílné statistiky týkající se nesprávného účtování lékařských výkonů pojišťovně.

Svaz pojišťoven totiž demonstruje výsledek šetření za roky 2010 a 2011, podle něhož se vyskytlo až 53 tisíc případů chybného účtování.

Ovšem spolkový úřad, který vede statistiku trestných činů, eviduje napříč celým Německem jen 3 tisíce takových případů. To je zásadní rozdíl, který by se podle lékařů měl vysvětlit. Hesenská komora dále uvádí, že má 33 tisíc členů a v posledních 5 letech se mezi nimi vyskytly jen 2 případy nesprávného účtování, které by bylo možno zahrnout mezi závažné činy a které jim pojišťovny oznámily. Navíc prý pojišťovny k případům nedodaly potřebné podkladové materiály, takže je nebylo možné dostatečně přezkoumat.

Zemské komory i z tohoto důvodu pokládají současné chování pojišťoven za neoprávněnou diskreditaci lékařského stavu. Zdůrazňují, že ne každý případ nesprávného účtování je záměrným trestným činem. Podobně jako spolková komora se přiklání k tomu, aby se nežádoucímu chování lékařů věnovala převážně profesní organizace, pokud skutečně nejde o závažný trestný čin, který je nutné oznámit příslušným trestním orgánům.

Vladimíra Bošková

Evropský parlament podpořil turistiku za léčbou

Rakouská lékařská komora informuje své členy o tom, že Evropský parlament loni schválil novou směrnici, která má pacientům ještě více usnadnit cestování za zdravotní i další péčí do zahraničí.

Členské státy jsou směrnici zavázány k tomu, aby do října letošního roku uvedly principy této směrnice do praxe. Evropský parlament chce mimo jiné eliminovat riziko, že pacienti v zahraničí upřednostní nižší ceny, ale doplatí na nekvalitní péči.

Ostatně rakouská komora rovněž konstatuje, že ve zvyšujícím se počtu osob podstupujících „zdravotnickou turistiku“ se projevuje snaha občanů pořídit si něco dražšího levnějším způsobem. Zároveň se však prý ve statistice projevuje skutečnost, že ačkoli si lidé nechají v zaostalejší zemi udělat levněji například nový nos nebo bělení zubů, když jde o náročnou srdeční operaci, raději jedou do vyspělé země s trans-

parentní kvalitou (konkrétně komora zmiňuje Německo).

Potřeba nezávislých informací

Nová evropská směrnice od členských zemí Evropské unie požaduje, aby zřídily národní centrum poskytující pacientům zdarma nezávislé informace o možnostech čerpání péče v zahraničí, a to jak v oblasti péče plánovatelné, tak i akutní.

Obsahuje i požadavek, aby zahraniční pacienti nebyli na zdravotnických pracovištích upřednostňováni před domácím obyvatelstvem. A dále se do kvality péče v tom kterém státě nesmí negativně promítnout případný nežádoucí tlak zahraničních

pojišťoven (kvalita nesmí být snižována).

Nová směrnice předpokládá, že napříč Evropou vznikne i síť referenčních pracovišť pro výměnu informací mezi státy.

Rakouská komora konstatuje, že lidé dnes zvýšenou měrou jezdí do zahraničí nejen za zdravotní péčí v nemocnicích či ordinacích, ale také tam vyhledávají dlouhodobou – ošetrovatelskou či pečovatelskou péči a služby – včetně rehabilitace.

Zdravotní ojišťovny budou patrně i nadále hradit náklady jen do výše, jaké by platily v tuzemsku, nicméně mohou odmítnout hradit péči, která by byla zjevně nekvalitní či ohrožující pacienta. Právě proto evropská směrnice



Ilustrační foto: ecf.com

trvá na povinnosti států zajistit pacientům informace prostřednictvím zcela nezávislé institu-

ce, aby je nezískávali například jen od své pojišťovny.

(vla)

Konec moratoria na výzkum H5N1

Po roční pauze může pokračovat výzkum mutací viru H5N1, který byl některými odborníky označován jako kontroverzní a vysoce rizikový z hlediska možného zneužití bioteroristy.

Autoři výzkumu i řada předních vědců však upozorňují na důležitost studia viru tzv. ptačí chřipky – jeho výsledky podle nich v budoucnu mohou hrát velmi významnou roli při případné pandemii.

Prodloužený zákaz

Virus H5N1 si sice vyžádal přibližně polovinu životů všech napadených, dosud však není nakažlivý mezi lidmi. Pacienti se jím infikují při kontaktu s nakaženými ptáky. Vědci z nizozemské Erasmovy univerzity a jejich kolegové z Wisconsinské univerzity v americkém Madisonu však objevili, že stačí 5–9 mutací v genetickém kódu viru, aby se stal vysoce nakažlivým.

V okamžiku, kdy se oba týmy pokusily uveřejnit podrobné závěry svých výzkumů, americký Ná-

rodní poradní vědecký panel pro biologickou bezpečnost požádal vedení odborných časopisů, aby nepublikovaly klíčové pasáže studií. Důvodem byl strach ze zneužití bioteroristy, kteří by mohli výzkum použít jako návod k vyvinutí biologických zbraní. Zásah úřadu mezi vědci vyvolal bouřlivou diskusi – zatímco někteří jej považovali za omezení svých akademických svobod, jiní s postupem panelu vyjádřili souhlas. Autoři obou výzkumů nakonec souhlasili se šestiměsíčním moratoriumem na výzkum i podrobnosti o něm, jež se nakonec protáhlo na celý rok. Tuto dobu měly vlády a příslušné úřady využít mimo jiné ke kontrole bezpečnostních standardů v laboratořích, v nichž studie probíhaly, a k rozhodnutí, zda budou výzkum finančně podporovat.

Američtí vědci stále čekají

Časopisy Nature a Science nyní uveřejnily dopis podepsaný 40 virology, podle něhož jsou bezpečnostní opatření v laboratořích dostatečná a pokračování výzkumu je „nezbytné pro připravenost na pandemii“. Profesor Ron Fouchier z Erasmovy univerzity označil roční pauzu ve studii za „frustrující“. „Zmíněný výzkum je velmi důležitý, a zatímco naše práce stála, virus H5N1 se v přírodě i nadále vyvíjel. Musíme pokračovat, není možné čekat další rok nebo dva,“ prohlásil pro server BBC. Ron Fouchier předpokládá, že se s kolegy vrátí k výzkumu během několika týdnů. V jiné situaci se nacházejí američtí vědci – tamní úřady stále nerozhodly, za jakých podmínek studie bude moci pokračovat. Profesor Robert May z Oxfordské univerzity však není o správnosti ukončení moratoria na výzkum

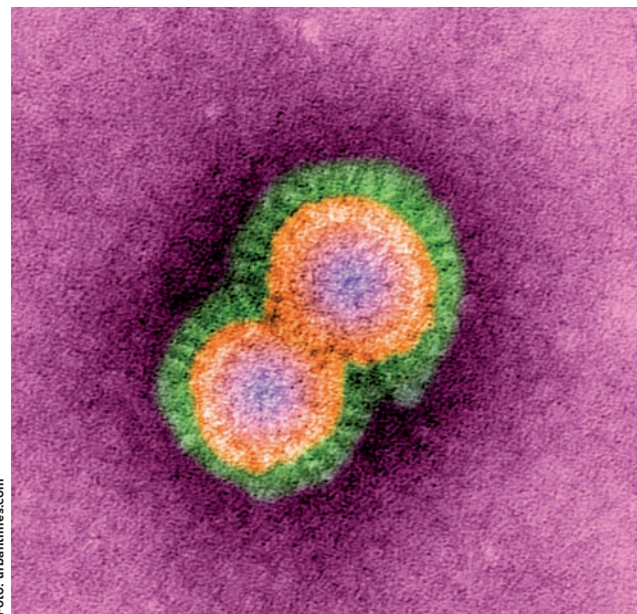


Foto: urbantimes.com

H5N1 zcela přesvědčen. „Autoři studií sice mají dobré úmysly, ale na bezpečnost laboratoří se dívají růžovými brýlemi,“ uvedl s tím, že zkušenosti z dřívějších naznačují, že zmutovaný virus se nakonec z laboratoří dostane. Poukázal i na spekulace

o tom, že epidemie chřipky v roce 1977 mohla být způsobena únikem viru z ruského výzkumného ústavu. „Proto si myslím, že svět bude bezpečnější, pokud moratorium ponecháme,“ uzavřel profesor May.

(Zdroj: BBC)

Květa Havlová

Krátce ze světa

• Navzdory registraci dvou tzv. potratových pilulek **slovenské** ministerstvo zdravotnictví oznámilo, že použití obou přípravků zatím nebude v zemi možné. Současná vyhláška totiž nezná možnost chemického přerušení těhotenství, předepsání léku by tak nebylo legální. Kdy by mohlo dojít ke změně příslušných předpisů, zatím není známo.

• 39letá **Argentinka** se stala první ženou s transplantovaným srdcem na světě, která přivedla na svět zdravé dítě. Žena prodělala transplantaci v roce 1999, loni podstoupila *in vitro* fertilizaci. Těhotenství je u pacientek s transplantovaným orgánem vysoce rizikové, a to nejen pro ženu samotnou, ale i pro plod. Ošetřující lékař pacientky, kardiochirurg Sergio Perrone, doufá, že tento případ povzbudí nejen obyvatele Argentiny k větší ochotě darovat orgány.

• **Americký** voják Brendan Marrocco, který při výbuchu v Iráku přišel o všechny končetiny, je sedmým pacientem, kterému lékaři úspěšně transplantovali obě paže (první zákrok tohoto druhu byl proveden v roce 2008 v Německu). 13hodinová operace se uskutečnila v prosinci, pacient je již schop-

ný rukama hýbat. Podle vedoucího transplantčního programu v Johns Hopkins Hospital v Baltimoru, kde byla operace provedena, bude třeba 2–3 let intenzivní rehabilitace, než budou transplantované paže plně fungovat.

• Poprvé za 20 let se v **Itálii** snížil počet obyvatel trpících nadváhou a obezitou. Podle tamních odborníků má tuto skutečnost na svědomí hospodářská krize a dokládají to statistikou, podle níž v zemi za loňský rok klesly výdaje za potraviny o 1,6%. Největší váhový úbytek zaznamenali obyvatelé jižní Itálie – počet lidí s normální hmotností v tomto regionu v uplynulých 3 letech vzrostl o 3%. I přesto v zemi stále žije 48,5% obyvatel s nadváhou či obezitou. Jedna studie dokonce hovoří o tom, že mezi dětmi ve věkové skupině 2–10 let má nezdorovou hmotnost plných 40%.

• Dva lidské životy si od počátku tohoto roku vyžádala v **Kambodži** ptačí chřipka. Celkově se v lednu nakazili virem H5N1 3 obyvatelé, 8měsíční chlapec však chřipku překonal. Světová zdravotnická organizace (WHO) upozorňuje, že 3 případy ptačí chřipky byly v zemi zaznamenány za celý loňský rok.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Slovenské pojišťovny by měly mít pravomoc neuzavřít smlouvu s PL

Návrh slovenského poslance Ladislava Andreánskeho (Smer) zaskočil tamní praktické lékaře – zdravotní pojišťovny by totiž podle něho na příště nemusely uzavřít smlouvy se všemi praktickými lékaři pro dospělé i pro děti a dorost.

Jak varovala Asociace súkromných lekárov, bez smlouvy se tak může ocitnout na 500 praktických pro dospělé a na 400 dětských. Prezident asociace Ladislav Pásztor upozorňuje, že již nyní je praktických lékařů na Slovensku nedostatek, a pokud bude poslanecký návrh schválen a pojišťovny s některými lékaři neuzavřou smlouvy, doplatí na situaci pacienti.

„V Bratislavě nebo Košicích je možné lékaře nenasmlovat, protože pacienti eventuálně nebudou muset cestovat nijak daleko k jinému, ale co budou dělat malé a vzdálené obvody, když se ocitnou bez lékaře?“ cituje Ladislava Pásztoru deník Pravda.

MZ i pojišťovny spokojené

Lékaři bez smlouvy se zdravotní pojišťovnou nemohou předepisovat hrazené léky ani poslat své pacienty na další vyšetření či na plánovanou operaci. To je možné pouze za předpokladu, že by si pacient veškerou péči hradil sám. Aktuálně na Slovensku funguje 223 praktických lékařů pro dospělé a 1100 lékařů pro děti a dorost, s nimiž zdravotní pojišťovny v současnosti musejí uzavřít smlouvu a nemají možnost ji vypovědět. Pokud bude tato povinnost zrušena, bude záležet pouze na nich, s kým smlouvu uzavřou, minimálně však se 1733 praktiky pro dospělé a 718 dětskými. Ministerstvo zdravotnictví pod-

le deníku Pravda s návrhem Ladislava Andreánskeho souhlasí a deklarovalo, že bude dohlížet, aby síť ambulancí odpovídala potřebám pacientů.

Záměr přivítaly i pojišťovny, jež v něm vidí možnost zkvalitnění poskytované péče, neboť budou moci vypovědět smlouvu lékaři, který nebude plnit své povinnosti. „Všeobecná zdravotná poisťovna návrh vnímá jako krok k zabezpečení vyšší kvality poskytované ambulantní péče a zároveň zrovnoprávnění vztahu mezi pojišťovnou a poskytovateli ambulantní péče,“ uzavřela pro deník Pravda mluvčí této pojišťovny Dana Gašparíková.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

USA debatují o nové legislativě týkající se **duševních poruch**

V reakci na nedávnou střelbu ve městě Newton se někteří američtí politici snaží v rámci posílení prevence zločinů střelnou zbraní změnit legislativu týkající se duševně nemocných obyvatel.

V současnosti se na tyto zákony zaměřili představitelé nejméně 6 amerických států, včetně Colorado, Oregonu nebo Ohia. V New Yorku vešel 15. ledna v platnost zákon nařizující zdravotníkům, kteří mají ve své péči duševně nemocného pacienta, nahlásit potenciálně nebezpečné osoby úřadům. Prezident Barack Obama minulý měsíc oznámil začátek „národního dialogu“ na téma legislativy týkající se duševně nemocných, rovněž jeho kabinet se problematikou těchto zákonů zabývá.

Řada odborníků ovšem varuje, že takovéto snahy jen diskriminují pacienty se závažnými duševními poruchami, a upozorňuje, že titi lidé spáchají pouze okolo 4 % násilných trestných činů, zatímco u nich hrozí v porovnání s většinou populací 10x vyšší pravděpodobnost, že se stanou jejich obětí. Většina práv-

ních úprav bude podle nich přijata ve spěchu a bez hlubších analýz, čímž rozhodně neposílí ani nezlepší již dnes kritizovaný systém péče o pacienty s duševním onemocněním. „Dobré úmysly bez rozmyslu vedou ke špatným zákonům a obávám se, že přesně to nám nyní hrozí,“ říká forenzní psycholog a profesor Kalifornské univerzity v San Diegu J. Reid Meloy.

NRA: Na vině nejsou zbraně, ale nemoc

Podle kritiků současných snah jsou motivace zákonodárců změnit či přidat další legislativu týkající se duševních nemocí často vedeny především vidinou politického úspěchu – podobné zákony totiž podporují jak republikáni, tak demokraté a nejsou zatíženy tak silnou lobby jako legislativa omezující přístup ke zbraním. „Například velmi mocná Národní

střelecká asociace vzbuzuje u politiků mnohem větší respekt než organizace hájící práva duševně nemocných,“ podotýká vedoucí katedry psychiatrie na Kolumbijské univerzitě a prezident Americké psychiatrické asociace Jeffrey A. Lieberman. Právě Národní střelecká asociace (NRA) krátce po útoku v newtonské škole, při němž rukou Adama Lanza zemřelo 27 dětí a jejich učitelů, označila za hlavního viníka tohoto a podobných masakrů duševní poruchu útočnicka, nikoli zbraně samotné, a požaduje vytvoření národního registru pacientů s duševní nemocí.

Některé organizace pomáhající těmto nemocným nicméně doufají, že současné snahy by mohly přispět ke zlepšení a posílení systému psychiatrické péče ve Spojených státech amerických či k jejímu lepšímu financování.

Zaměříme se na chování, ne na diagnózu

Řada odborníků z oblasti zdravotnictví i práva ovšem tak optimistická není. Nebezpečí vidí především v narušení důvěrného vztahu lékař – pacient. Jako příklad uvádějí právě zákon přijatý letos v New Yorku. Obávají se, že budou následovat další státy, jež tuto legislativu převezmou. Za spornou považují především formulaci, která zdravotníkům nařizuje nahlásit úřadům pacienta, u něhož hrozí, že „spáchá čin, který způsobí závažnou újmu jemu nebo jiným“.

Přesto se většina psychiatrů a psychologů shoduje, že spojitost mezi duševními chorobami a násilím existuje. Studie ukazují, že neléčení pacienti trpící některou z těchto nemocí bývají často agre-

sivní, zvláště jsou-li ještě závislí na alkoholu či jiných návykových látkách. Někteří z útočníků, kteří v poslední době v Americe zaútočili střelnou zbraní na své okolí, byli duševně nemocní – psychickou poruchou trpěli např. James E. Holmes, který loni v létě v kině v Coloradu zastřelil 12 lidí, nebo Jared L. Loughner, jenž na politickém meetingu v Arizoně zastřelil 13 lidí.

Nicméně pouhá 2 % všech střeleckých útoků v zemi jsou spáchána duševně nemocnými. Někteří kriminalisté, psychiatři i právníci proto doporučují vytvoření legislativy postihující restrikcemi v oblasti držení zbraní spíše určité typy chování člověka než psychické poruchy.

(Zdroj: New York Times)

Květa Havlová

Izrael se brání nařčení ze záměrné kontroly porodnosti u imigrantek

Izraelské ministerstvo zdravotnictví nařídilo prozkoumat předepisování antikoncepčních přípravků etiopským imigrantkám. Čelí totiž nařčení, že s jejich pomocí záměrně ovlivňovalo růst etiopské populace v zemi.

Obvinění se v izraelských médiích objevilo již před několika lety, když jedna z tamních televizních stanic odvysílala dokument přímo spojující injekční aplikaci antikoncepce etiopským ženám s klesající porodností mezi těmito imigranty.

Poté, co v polovině ledna Asociace pro lidská práva v Izraeli (ACRI) obvinila tamní ministerstvo zdravotnictví z rasismu, úřad vydal nařízení, podle něhož lékaři nesmějí imigrantkám antikoncepci aplikovat, pokud nebudou zcela přesvědčeni, že pacientka plně rozumí všem důsledkům jejího podání. Náměstek MZ Roni Gamzu ubezpečil, že tento krok ne-

znamená přiznání chyby či zlého úmyslu ze strany úřadu.

Omezení svobody

ACRI ve svém dopise napsalo ministerstvu, že „plošné užívání antikoncepce mezi etiopskými ženami vzbuzuje závažné podezření, že se jedná o úmyslnou kontrolu a monitoring plodnosti této komunity. Dostupná data ukazují na paternalistický, povýšenecký a rasistický přístup, jenž prokazatelně omezuje svobody etiopských imigrantek vybrat si antikoncepční prostředek, který by vyhovoval jejich situaci.“ Podle organizace, jež se odvolává na údaje největší izraelské zdra-

voťní pojišťovny, byla v roce 2008 injekční antikoncepce aplikována 5 tisícům žen, 57 % z nich tvořily Etiopanky. Úřady jakákoli obvinění ze snah omezení porodnosti ve 100tisícové etiopské komunitě odmítly.

Etiopští židé začali do země přicházet roku 1973, kdy tamní rabín deklaroval biblické kořeny této náboženské skupiny. Přestože má komunita zastoupení v parlamentu i ve vysokých armádních funkcích, stále podle svých představitelů bojuje se silnou diskriminací, především v systému vzdělávání a získávání bydlení.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Bill Gates: Obrna vymizí do roku 2018

Zakladatel Microsoftu a filantrop Bill Gates prohlásil, že dětská obrna bude do roku 2018 zcela eradikována.



Foto: thetechblock.com

Bill Gates (na foto) při příležitosti každoročního setkání Richard Dimbleby Lecture, jehož byl letos hlavním řečníkem, uvedl, že vymýcení dětské obrny bude „jedním z největších morálních i praktických úspěchů naší doby“. Ačkoli je obrna stále endemická v Afghánistánu, Pákistánu a Nigérii, 57letý Gates věří v úspěch probíhajících očkovacích kampaní.

Jednu chorobu po druhé

„Pracujeme na eradikaci viru a už jsme téměř úspěšní – na planetě jsou jen tři země, kde se dětská obrna stále přenáší. Nicméně vymýcení viru právě v těchto státech je jedním z nejtěžších úkolů, jaké

před námi kdy stály,“ připustil Bill Gates a zároveň vyjádřil svůj údiv nad skutečností, že navzdory nízké ceně vakcín ji stále nedostaly miliony dětí.

„Závěrečná fáze našeho boje není jen složitá, je mnohem složitější, než jsem si kdy dokázal představit. Dětská obrna ročně nezabíjí ani zdaleka tolik osob jako AIDS, tuberkulóza či malárie, takže si mnoho lidí klade otázku, proč máme usilovat o její eradikaci. Já jsem ovšem přesvědčen, že podaří-li se nám vymýtit tuto nemoc, můžeme použít stejný systém, technologie i lidské zdroje na eradikaci dalších infekcí,“ uvedl Bill Gates ve svém proslavu.

(Zdroj: AFP)

(kha)

Plastická chirurgie má svá etická úskalí

MUDr. Michael Entner prožil velkou část svého profesního života v Německu, odkud vyjížděl stážovat do celého světa. Jako jeden z prvních začal provádět ambulantní tumescenční liposukci a k jejímu zdokonalení vyvinul liposukční kanyly, které se při zákroku dodnes standardně používají.

Poprvé jsem se se zahraničním zdravotnictvím setkal v roce 1968, kdy jsem odešel legálně studovat na roční stáž do australského Sydney. Poté jsem se tam ještě jednou vrátil a absolvoval Univerzitu Nového Jižního Walesu. Po první atestaci, kterou jsem si stihl složit ještě v Československu na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, kde jsem působil na pozici odborného asistenta I. chirurgické kliniky, jsem v roce 1978 ilegálně odešel do Německa.

V Německu jsem během 6 let složil další atestaci, z cévní chirurgie. Žil jsem v Ulmu, kde jsem se začal věnovat cévní a rekonstrukční chirurgii na lékařské fakultě zdejší univerzity. Poté jsem pracoval jako vedoucí lékař chirurgického oddělení městské nemocnice v Bietigheimu. Již během svého pobytu na univerzitě jsem se začal zajímat o estetickou chirurgii a své teoretické a praktické zkušenosti dále rozšiřoval na studijních pobytech.

Začátky liposukce v Evropě

Nemocniční praxe v Německu byla únavná, takže jsem se v roce 1988 spolu s kolegou rozhodl založit v Sindelfingenu soukromou praxi, kde jsem se věnoval zejména estetické chirurgii, chirurgii ruky a cévní chirurgii. Do té doby se i v Německu plastická chirurgie zabývala vlastně jen rekon-

strukcí po úrazech a nápravě jiných poškození tkání.

Jako jeden z prvních jsem zde od roku 1994 začal ambulantně provádět liposukce za použití tumescenčního roztoku. Tehdy se liposukce prováděla silnou kanylou, která byla na konci ostrá a seškrabávala tuk na způsob kyrety. Její použití bylo náročné, byl to velmi hrubý proces, často se nedalo zabránit poškození tkání, cév i kůže a navíc odstranění požadovaného množství tuku trvalo velmi dlouho. Když jsem jednou při použití tumescenčního roztoku pozoroval, jak malými otvory infiltrační kanyly vytéká tuk, řekl jsem si, že by to přece mohlo fungovat i obráceně. Napadlo mě zúžit sondu na pouhé 4 milimetry a po její délce vytvořit řadu 24 otvorů, kterými by tuk odsála během velmi krátké doby.

Ve spolupráci se společností Medicom z německého Tuttingenu vznikla liposukční kanyla Entner, která je v Evropě standardem pro tumescenční liposukce. Na firmu jsem měl štěstí, vyvíjel jsem ve spolupráci s ní i další instrumenty pro estetickou chirurgii. V medicínském výzkumu je to však s patentováním ošemetné. Když vyvinete kanylu s 24 otvory, někdo jiný na ní udělá o jeden otvor navíc a už nejde o váš, ale jeho vynález. Při spolupráci se zmíněným výrobcem jsem byl v tomto ohledu alespoň částečně v bezpečí.

Za nosem Michaela J.

Německo tehdy bylo velmi spořádané a oproti poměrům v komunistickém Československu také velmi přátelské, jednání úřadů přehledné, předvídatelné a rychlé. Překvapil mě například přívetivý policista, který mi nesl pěšky do sedmého patra pokutu a ještě se mi omluvil, že mi ji město vyměřilo.

Ohromnou výhodou bylo, že jsem odtud mohl vyjíždět pracovat do Spojených států amerických, protože jsem měl americkou nostrifikaci (E.C.F.M.G.), ale i do Francie či Rakouska. V USA jsem se jezdil učit k zakladateli liposukční techniky s tumescenční tekutinou Jeffrey A. Kleinovi, který s touto metodou začal ve druhé polovině 80. let. Spolupracoval jsem také s plastickým chirurgem Stevenem Hoeflinem, jehož pacientem byla mimo jiné popová hvězda Michael Jackson. Američané mají obecně odvahu použít se do operací, kde kromě úspěchu hrozí také riziko žalob. Oni jej podstupují, bývají to „ranaři“, kteří pak z této odvahy těží. Plastická chirurgie má v těchto extrémních situacích také svá etická úskalí. Například práce takové kapacity, jakou je doktor Bohdan Pomahač, je obdivuhodná, ale zároveň extrémně finančně náročná. V Americe ani není zájem tyto úspěchy přlíši ukazovat, jde totiž o výkony, které žádná pojišťovna nechce plácet.

ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST



Foto: archiv MUDr. Michaela Entnera

V současné době jsou proto nejnáročnější operace placeny z programů americké armády.

Navíc s velkými rekonstrukcemi obličejů jsou spojeny psychické problémy těchto pacientů, kteří se s novou tvářou nedokáží identifikovat. Důkazem je Francouzka Isabelle Dinoirová, která trpí psychickými problémy a kvůli novému obličejí zápasí se svou identitou i s představou, že nosí obličej mrtvého člověka. Nastávají ovšem rovněž závažné somatické problémy, kdy kvůli vysokým dávkám imunosupresiv těchto lidem selhávají ledviny či játra. Jsou také známy případy, kdy přes veškerou snahu tělo odmítá nové tkáně, které se pak nepříhojí. Psychické problémy jsou v této souvislosti popsány u ruských špiónů, kterým byl po přechodu na americkou stranu změněn obličej. Uvádí se, že více než 70 % z nich spáchalo sebevraždu, právě hlavně z důvodu zcela nové vizáže a identity.

Zpátky v Česku

U nás plastická chirurgie byla a je dlouhodobě na skvělé úrovni. Ještě za svého pobytu v Ně-

mecku jsem v době po revoluci jezdil stážovat do Prahy k docentu Janu Měšťákovi. A ve stejné době začali také čeští lékaři dojíždět na pracovní pobyty na mé pracoviště v Německu.

Doposud jsem provedl více než 5500 liposukcí v tumescenční anestezii. Ve svém soukromém institutu v Německu jsem pracoval do roku 2008, kdy jsem ale přestal vidět další možnosti svého osobního odborného pokroku a pouhá rutinní práce se mi zdála být nudná. Proto, ale i z jiných důvodů, jsem zde své aktivity omezil a vrátil se zpět domů, na Moravu.

V Česku si kontakt s plastickou chirurgií zachovávám díky částečnému úvazku na soukromé pražské klinice plastické a estetické chirurgie. Jinak se můj zájem obrátil ke kosmetice s obsahem kyseliny hyaluronové. Podílním se také na vývoji systému odsávání tuku pomocí vysokotlakého proudu vody a vibračního systému pro liposukci. Institut v Německu funguje dál, nyní už ovšem jen s mým minimálním přispěním.

zapsala Petra Klusáková

Inzerce A131001936

Napsali jste knihu? My vám ji vydáme!

Kontaktujte nás e-mailem:
knihyms@mf.cz

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR

mf
MLADÁ FRONTA

SÚKL INFORMUJE / FARMABYZNYS

Informace o výskytu nelegálního přípravku Detravenol

Státní ústav pro kontrolu léčiv, na základě § 98 odst. 1 a § 25 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, informuje, že na základě rozhodnutí SÚKL se z trhu v České republice stahuje nelegální léčivý přípravek Detra-

venol, který na trh v České republice uvádí společnost Stylpharma, spol. s r. o., a který v jedné tabletě obsahuje 450 mg diosminu a 50 mg hesperidinu, zároveň je u něho v příbalovém letáku prezentována informace „dlouhodobé užívání diosminu a hesperidinu pomáhá při křečových žilách

a při hemoroidech“ a v reklamních materiálech je prezentována informace „pomáhá při křečových žilách a hemoroidech ... a zlepšuje příznaky jako pocit těžkých nohou“.

Tento přípravek byl dle rozhodnutí SÚKL zařazen mezi léčivé přípravky, a tudíž povinně pod-

léhá registraci, ta mu však nebyla udělena. Dle § 103 odst. 1 písm. a) zákona o léčivech se právnická nebo podnikající fyzická osoba dopustí správního deliktu tím, že zachází s léčivem bez povolení,

schválení, registrace nebo souhlasu v případě, kdy zákon nebo přímo použitelný podpis Společenství vyžaduje povolení, schválení, registraci nebo souhlas k zacházení s léčivem. (Zdroj: SÚKL)

Informace o výskytu nelegálního přípravku Colafit krém Akut

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 98 odst. 1 a § 25 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, informuje, že na základě rozhodnutí SÚKL se z trhu v České republice stahuje nelegální léčivý přípravek Colafit krém Akut, který na trh v České republice uvá-

dí společnost Dacom Pharma, s. r. o., a který obsahuje mj. 0,1% diklofenak, zároveň je na jeho etiketě prezentována informace „Colafit krém Akut zmírňuje bolest ... a pomáhá při zánětech kloubů.“

Tento přípravek byl dle rozhodnutí SÚKL zařazen mezi léčivé přípravky, a tudíž povinně podléhá registraci, ta mu však neby-

la udělena. Dle § 103 odst. 1 písm. a) zákona o léčivech se právnická nebo podnikající fyzická osoba dopustí správního deliktu tím, že zachází s léčivem bez povolení, schválení, registrace nebo souhlasu v případě, kdy zákon nebo přímo použitelný podpis Společenství vyžaduje povolení, schválení, registraci nebo souhlas k zacházení s léčivem. (Zdroj: SÚKL)

Krátce z farmabiznisu

• Švýcarský farmaceutický koncern **Roche Holding** dosáhl v loňském roce čistého zisku 9,77 miliardy franků (asi 202 miliardy korun). Oproti loňskému roku si firma polepšila o 2,4%. Roche podle analytiků pomohla především vysoká poptávka po onkologických přípravcích. Nárůst společnosti zaznamenala i v poptávce po laboratorních diagnostických testech. Výši zisku ovlivnil rovněž kurz franku, který oslabil vůči americkému dolaru i japonskému jenu. „Rok 2012 byl pro společnost Roche velmi dobrý. Splnili jsme finanční cíle, rostli rychleji než trh a počet nových přípravků, které máme v zásobě, nás staví do silné pozice a je příslibem dalšího růstu,“ prohlásil výkonný ředitel Severin Schwan. Pro letošní rok firma předpokládá podobné tempo růstu tržeb jako loni.

• Zisk farmaceutického gigantu **Pfizer** se v posledním čtvrtletí loňského roku více než zčtyřnásobil – důvodem byl prodej divize dětské výživy. Tržby společnosti však především

kvůli konkurenci levných generických léčiv poklesly. Čistý zisk společnosti dosáhl 6,3 miliardy dolarů (asi 120 miliard Kč), před rokem Pfizer za stejné období vygeneroval zisk ve výši 1,44 miliardy. Z listopadového prodeje divize dětské a kojenecké výživy (za 12 miliard dolarů ji odkoupila firma Nestlé) si společnost připsala 4,8 miliardy dolarů. Pfizer překonal očekávání analytiků v oblasti tržeb (dosáhly 15,1 miliardy dolarů) i ceny za jednu akcii po očištění od jednorázových položek, jež se vyšplhala na 47 centů (odhady mluvily o 44 centech).

• Švýcarská farmaceutická společnost **Novartis** zaznamenala ve čtvrtém čtvrtletí loňského roku výrazné navýšení zisku, který meziročně vzrostl o 72% na 2,1 miliardy dolarů (přibližně 40,4 miliardy korun). Hlavním důvodem je skutečnost, že Novartis musel na konci roku 2011 provést zrušení klinické studie přípravku na hypertenzi. Tržby firmy zůstaly be-

ze změny – na 14,8 miliardy dolarů. Generální ředitel Novartisu Joseph Jimenez očekává jejich růst od roku 2014. Výraznou změnu zaznamená i složení správní rady společnosti – její dlouholetý předseda Daniel Vasella se již na únorové valné hromadě nebude ucházet o znovuzvolení do čela rady. Nahradit by jej mohl ředitel farmaceutické divize firmy Bayer Jörg Reinhardt, který působil do roku 2010 v Novartisu jako výkonný ředitel.

• Výrazné navýšení zisku zaznamenal v posledním čtvrtletí loňského roku americký farmaceutický koncern **Johnson & Johnson** – čistý zisk společnosti dosáhl 2,6 miliardy dolarů (asi 50 miliard Kč). Ve stejném období roku 2011 zisk kvůli mimořádným nákladům činil pouze 218 milionů dolarů. Celkové příjmy společnosti dosáhly 17,6 miliardy dolarů, což znamená nárůst o 8%. Analytici nicméně očekávali příjmy ve výši 17,7 miliardy.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Žádost o stanovení maximální ceny u přípravků nově regulovaných maximální cenou

Státní ústav pro kontrolu léčiv upozorňuje na povinnost držitelů rozhodnutí o registraci podat žádost o stanovení maximální ceny pro přípravky nově regulované maximální cenou od 1. 1. 2013.

Tato povinnost vyplývá z cenového předpisu 1/2013/FAR, čl. III, odst. 5. Žádost o stanovení maximální ceny je nutné podat do 30 dnů od nabytí účinnosti cenového předpisu nebo cenového rozhodnutí, které tento léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely označuje jako cenově regulované

stanovením maximální ceny, tedy do 31. 1. 2013, a to včetně těch léčivých přípravků, kterým byla maximální cena stanovena Státním ústavem pro kontrolu léčiv nebo Ministerstvem financí ČR v minulosti a k 31. 12. 2012 nebyly maximální cenou regulovány.

(Zdroj: SÚKL)

Upozornění SÚKL

Státní ústav pro kontrolu léčiv, na základě § 98 odst. 1 a § 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, že na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci společnosti Teva Pharma B. V., Utrecht, zastoupeného společností Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., se z úrovně zdravotnických zařízení stahují léčivé přípravky

Desloratadine Ratiopharm 5mg, por. tbl. flm., 10x5 mg (čísla šarží: 14097412, 16002112), 30x5 mg (čísla šarží: 14097412, 14211112), 50x5 mg (čísla šarží: 14102312, 14102412), 90x5 mg (čísla šarží: 14102412, 14102512, 14105212, 14108012). Léčivé přípravky se stahují z preventivních důvodů s ohledem na zjištění výsledků mimo limit specifikace ke konci doby použitelnosti u jiných šarží.

(Zdroj: SÚKL)

Prevenar 13 schválen pro děti od 6 do 17 let

Evropská komise schválila použití přípravku Prevenar 13 pro prevenci pneumokokových onemocnění u dětí ve věkové skupině 6 až 17 let.

Pneumokokové konjugované vakcíny bylo dříve možno využívat pouze u dětí od 6 týdnů do 5 let věku. Od ledna 2013 mohou být proti pneumokokům očkováni děti od 6 týdnů do 17 let (včetně). V roce 2011 byla indikace přípravku rozšířena taktéž na dospělé ve věku nad 50 let.

Podle údajů Státního zdravotního ústavu (SZÚ) bylo v roce 2011 v České republice hlášeno 23 případů invazivních pneumokokových infekcí u pacientů ve věkové skupině 5–19 let. Celkově se nemoc vyskytla u 385 lidí, nejčastěji děti a seniorů.

(akt)

Brněnští vědci objevili efektivní nanotransportér léčiv

Významný objev ve výzkumu léčby onkologických onemocnění učinili vědci z Ústavu chemie a biochemie Mendelovy univerzity v Brně (MENDELU).

Nášli totiž způsob jak dopravit lék přímo do nádorem postižené buňky, aniž by byly toxickými látkami zasaženy zdravé orgány – pomocí nanotransportéru léčiv.

Unikátní struktura

Vědcům Mendelovy univerzity se podařilo odstranit atomy železa z feritinu a získat protein apoferitin, který díky své struktuře vytváří jakousi „klec“ umožňující vázat molekuly. Mimo to

lze upravovat i jeho povrch, což podle prof. Ing. Reného Kizeka, Ph.D., z Ústavu chemie a biochemie MENDELU otevírá další možnosti efektivnějšího využití transportu uzavřených léčiv k cílovým buňkám s minimalizací vedlejších účinků, především toxicity vůči necílovým orgánům.

Výzkum cíleného transportu léčiv probíhá v řadě zemí, výhodou apoferitinu v porovnání s ostatními experimentálními látkami

je skutečnost, že zmíněný protein umožňuje cílené uzavírání léčiva do své struktury.

Jednoduchá aplikace

Případná aplikace apoferitinu pacientům by měla být poměrně jednoduchá. „Předpokládáme klasické injekční podání, pravděpodobně s vazbou na magnetizovatelnou mikročástici. Transport probíhá krevním řečištěm – jde o přirozenou molekulu tě-

la. Kromě toho je apoferitin vybaven specifickými molekulami pro cílenou vazbu k danému typu nádorové buňky. V místě vazby se pak díky změně prostředí cytostatikum uvolní do okolí,“ vysvětluje profesor Kizek.

V současnosti je výzkum využi-

tí apoferitinu v léčbě nádorových onemocnění ve fázi přípravy praktických experimentů, pro jejichž realizaci a následné klinické zkoušky bude Mendelova univerzita hledat vhodného partnera. Pracoviště již podalo na objev přihlášku vynálezu, patentovou ochranu pak chce rozšířit i do zahraničí.

(Zdroj: Mendelova univerzita v Brně) (kha)



Prof. René Kizek. | Foto: MENDELU

V ČR stále vysoká incidence rakoviny děložního čípku

Každým rokem onemocní v České republice rakovinou děložního čípku přibližně tisícovka žen, více než třetina z nich nemoci podlehnou. Tato situace trvá bez větších změn již od konce 70. let minulého století, a to navzdory pokroku v diagnostice a léčbě.

Z posledních dostupných dat pro ČR vyplývá, že v roce 2010 onemocnělo karcinomem děložního čípku 994 žen, 384 pak zemřelo. Téměř každý případ tohoto onemocnění je přitom preventabilní, například organizovaný screening (v Česku zavedený v roce 2008) může zabránit až 80 % případů. K důvodům stále poměrně vysoké incidence cervikálního karcinomu a mortality v jeho

důsledku, jež nás řadí mezi 15 evropských zemí s nejvyšším výskytem, patří jednak malá povědomost o možnostech prevence v populaci a jednak nízká účast žen na preventivních gynekologických prohlídkách.

Projekt Aurora

Česká republika je zapojena do projektu Aurora, jehož cílem je vypracování společné strate-

gie pro propagaci screeningu rakoviny děložního čípku v nových členských státech EU a který se zaměřuje především na ženy v produktivním věku (30 až 69 let). Výstupy projektu budou sdíleny v rámci celé EU, především pak v partnerských zemích (kromě Česka ještě Slovensko, Bulharsko, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Slovinsko, Lotyšsko, Itálie, Řecko a Kypr).

Mezi plánované výstupy projektu patří především analýza místního kontextu s cílem posílit efektivnost kurzů a preventivních opatření realizovaných v partnerských zemích projektu, zmapování a sdílení osvědčené praxe s cílem podpořit provádění screeningu karcinomu děložního čípku, přenos výsledků projektu i na další (neúčastnické) země, vyškolení zdravotníků a propagátorů screeningu rakoviny děložního čípku, zvýšení počtu osob, které podstoupí screening, a sdílení poznatků partnerů projektu se zdravotnickými odborníky v partnerských státech projektu prostřednictvím funkční e-learningové platformy. Partnerem projektu Aurora v ČR je Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem.

(Zdroj: ZÚ se sídlem v Ústí nad Labem) (kha)

Počet případů a úmrtí na ZN hrdla děložního (rozdělení podle krajů) za období 2005–2010

Kraj	Incidence (na 100 tis. obyvatel)	Mortalita (na 100 tis. obyvatel)
Jihočeský	17	6,4
Jihomoravský	19	6,9
Karlovarský	26	11
Královéhradecký	19	7,3
Liberecký	19	9
Moravskoslezský	19	5,5
Olomoucký	16	7,1
Pardubický	20	5,3
Plzeňský	19	9,1
Praha	21	7,7
Středočeský	19	7,5
Ústecký	25	12,7
Vysočina	14	5
Zlínský	16	5,9

Zdroj: UZIS ČR

Lepší prognóza pacientů léčených dabigatranem

Výsledky nové *post hoc* analýzy studie RE-LY ukazují, že u pacientů se závažným krvácením byla léčba dabigatranem etexilátem ve srovnání s warfarinem spojena s nižší mortalitou a kratší délkou pobytu na jednotce intenzivní péče (JIP).

Údaje v souhrnné *post hoc* analýze 5 klinických studií fáze III s dabigatranem etexilátem ukazují jednoznačný trend lepší prognózy po závažném krvácení při léčbě tímto přípravkem ve srovnání s warfarinem. Nová data byla prezentována na loňském výročním kongresu Americké hematologické společnosti (ASH) v Atlantě.

Kratší pobyt na JIP

Nové *post hoc* analýzy porovnávají zvládnutí krvácivých komplikací a následky po těchto závažných příhodách v souvislosti s dabigatranem etexilátem a warfarinem v samotné studii RE-LY stejně jako v souhrnné analýze 5 studií fáze III v indikacích týkajících se prevence cévních mozkových příhod u nevalvulární fibrilace síní (FS), akutní léčby a sekundární prevence žilní tromboembolické nemoci (VTE). Tyto studie trvaly 6–36 měsíců a bylo do nich zařazeno 26 757 pacientů.

Analýza závažného krvácení s fatálními následky ve studii RE-LY prokázala významně nižší mortalitu u pacientů léčených dabigatranem etexilátem ve srovnání s pacienty léčenými warfarinem (pravděpodobnost 0,56 u dabigatranu 150 mg a 110 mg ve srovnání s warfarinem; $p = 0,009$). Navíc byla ve studii RE-LY délka pobytu na JIP a koronární JIP významně kratší u pacientů léčených dabigatranem etexilátem než u pacientů léčených warfarinem (1,6 noci oproti 2,7 noci; $p = 0,01$).

Nižší úmrtnost do 30 dní

V souhrnné analýze 5 klinických studií fáze III, do kterých byli zařazeni pacienti s FS i VTE, se ukázal jasný statistický trend ($p = 0,052$; nebylo dosaženo statistické významnosti) směřující k nižší úmrtnosti do 30 dní od prvního významného krvácení spojeného s dabigatranem etexilátem v porovnání s warfarinem. (akt)

AKTUALITY

Léčba koncentrátem fibrinogenu bezpečně snižuje potřebu transfuze po operaci aorty

Výsledky klinické studie zveřejněné v časopise *Anesthesiology*¹⁾ ukázaly, že koncentrát lidského fibrinogenu může výrazně snížit potřebu krevní transfuze, pokud je během operace cíleně podán jako hemostatická léčba první linie při krvácení u pacientů podstupujících operativní náhradu aorty.

Do prospektivní studie fáze II provedené společností CSL Behring a odborníky z Hannoverské lékařské univerzity v Německu bylo zařazeno 61 pacientů s cílem posoudit možnosti vlivu koncentrátního fibrinogenu na zlepšení srážlivosti a snížení potřeby podání transfuze po elektivní aortální náhradě s mimotělním oběhem (kardiopulmonální bypass, CPB). Pacientům, kteří dostávali koncentrát fibrinogenu, bylo třeba podat nižší počet alogenních transfuzí krevních derivátů než pacientům, kteří dostávali placebo (medián 2 jednotek ve skupině koncentrátního fibrinogenu ve srovnání se 13 jednotkami ve skupině užívající placebo; $p < 0,001$). Ve skupině užívající koncentrát fibrinogenu nebylo 45 % pacientů (13 z 29) třeba podat transfuzi vůbec, zatímco stav všech 32 pacientů, jimž bylo podáno placebo, transfuzi vyžadoval ($p < 0,001$).

Ve studii byl vyzkoušen nový přístup k dávkování. Hannoverská skupina vyvinula a ověřila model pro individuální dávkování koncentrátního fibrinogenu^{2, 3)} na základě měření pevnosti fibrinového koagula, jež závisí především na hladině fibrinogenu v plasmě⁴⁾. Maximální pevnost fibrinového koagula (MCF) může být monitorována za použití testu FIBTEM, komerčně dostupné tromboelastometrie *point-of-care* (tedy „v místě zájmu“).

„Operativní náhrada aorty pacientů vystavuje riziku potenciálně život ohrožujícího krvácení, protože chirurgický zákrok snižuje hladinu fibrinogenu a zpomaluje srážlivost krve. To může být důvodem k nutnosti podat mnoho krevních transfuzí, aby byla obnovena srážlivost krve pacienta,“ říká hlavní autor studie, anesteziolog dr. Niels Rahe-Meyer z Hannoverské lékařské univerzity. „Jedná se o celosvětově největší studii svého druhu u pacientů podstupujících operativní náhradu aorty a získaná data naznačují, že proaktivní léčba koncentrátem fibrinogenu může bezpečně snížit potřebu transfuzí, obnovit srážlivost a následně ochránit operované pacienty před možnými nežádoucími účinky plynoucími z podání krevní transfuze.“

Ve studii byly hlášeny nežádoucí účinky vyžadující léčbu, tyto však byly v obou skupinách podobné a ty-

pické pro pacienty podstupující srdeční operaci s tím, že nejčastější bylo nahromadění tekutiny v okolí plic (pleurální výpotek) a abnormální srdeční rytmus (fibrilace síní). Žádný z nežádoucích účinků vyžadujících terapeutický zákrok nebyl připisován podávané studijní medikaci ani nebyl důvodem pro vyřazení pacienta ze studie. Porovnání mortality nebo morbidity mezi studijními skupinami nebylo možné, studie neměla potřebné parametry.

„Koncentrát fibrinogenu se s úspěchem užívá v léčbě určitých dědičných poruch srážlivosti krve,“ uvedl vedoucí výzkumu CSL Andrew Cuthbertson. „Společnost CSL Behring se zaměřuje na podávání koncentrátního fibrinogenu pacientům s vysokým rizikem krvácení, zejména v nemocničním prostředí, kde během různých operativních zákroků dochází k depleci fibrinogenu z těla pacientů a kde je zapotřebí rychlé intervence s ohledem na úpravu srážlivosti a prevenci závažných krvácivých stavů.“

Design klinické studie

Prospektivní, randomizované, dvojité zaslepené, placebem kontrolované klinické hodnocení fáze II s paralelními skupinami bylo provedeno na Hannoverské lékařské univerzitě. Studie se zúčastnili pacienti ve věku 18 let a starší, kteří podstoupili elektivní aortální náhradu s mimotělním oběhem. Pacienti nebyli do studie zařazeni, pokud podstoupili předchozí operaci na stejném místě aorty, měli vrozenou či získanou poruchu srážlivosti, prodělali infarkt myokardu nebo mrtvici v průběhu předchozích dvou měsíců a dále pak pokud před operací užívali aspirin, clopidogrel nebo antagonisty vitamínu K.

Pacienti byli před operací randomizováni buď do skupiny s koncentrátem fibrinogenu, nebo s placebem. Studijní medikace jim byla injektčně podána v případech, že došlo ke klinicky významnému krvácení. Každá 50 ml stříkačka obsahovala buď 1 g koncentrátního fibrinogenu (Haemocomplettan P, RiaSTAP, výrobce CSL Behring, Marburg, Německo) zředěného v 50 ml sterilní vody, nebo ekvivalentní objem 0,9 % fyziologického roztoku coby placebo. Dávkování bylo stanoveno na základě MCF hodnoty testu FIBTEM za po-

užití modelu vytvořeného na podkladě dat z předchozích studií individuálního dávkování koncentrátního fibrinogenu^{2, 3)}. Test FIBTEM byl proveden *point-of-care* tromboelastometrickým přístrojem (ROTEM, výrobce TEM International, Mnichov, Německo) s použitím krevních vzorků odebraných 20 minut před ukončením mimotělního oběhu. Doba potřebná k získání hodnoty MCF činila 15 minut. Medikace byla podána intravenózně do 5 minut od měření.

Primárním cílovým parametrem studie byl celkový počet jednotek alogenních krevních derivátů (červené krvinky a čerstvě zmražená plasma plus koncentrát krevních destiček) podaných pacientům od okamžiku užití medikace a během následujících 24 hodin. Bezpečnost byla hodnocena s ohledem na výskyt nežádoucích účinků vyžadujících léčebnou intervenci po dobu 10 dnů od léčby s navazujícím obdobím následného sledování výskytu závažných nežádoucích účinků prodlouženým na 45 dnů.

Získané poruchy srážlivosti

Kromě krvácení způsobeného zraněním nebo přímo chirurgickým zákrokem (krvácení během operace) může zásadní snížení hladiny koagulačních faktorů vést k dalším neoperačním krvácivým komplikacím, které mohou být obtížně kontrolovatelné (např. krvácení při koagulopatiích). Takoví pacienti mohou mít kriticky nízkou hladinu mnoha koagulačních faktorů. Obecně lze říci, že je nutné nahradit chybějící koagulační faktory s cílem zvrátit tento kritický stav. Prvním faktorem, jehož hladina významně poklesne, je fibrinogen (také nazývaný faktor I), protein potřebný k tvorbě krevního koagula⁵⁾. Hladina fibrinogenu v plasmě určuje míru srážlivosti, a pokud dojde k jejímu snížení, je schopnost těla vytvořit sraženinu omezena. Jednoduchým krevním testem lze detekovat hladinu fibrinogenu, normální rozmezí činí 1,5–4,5 gramu na litr⁶⁾. Koagulopatie vzniká během mimotělního oběhu je komplexním chorobným stavem. Fibrinogen je jedním z koagulačních faktorů, jejichž hladina je během CPB významně snížena; jsou zaznamenány případy snížení plasmatické koncentra-

ce o 34–42 %, což může zvýšit riziko pooperačního krvácení^{5, 7)}. Téměř sto let byl přístup k léčbě krvácení velmi zjednodušený – nahradit krevní ztrátu jinou krví. Tento v současnosti standardně užívaný postup je empirický a není založen na pevných vědeckých základech. Naopak se hromadí důkazy, že to nemusí být vždy neúčinnější a vhodná metoda. Jakožto hlavní hráč na poli léčby koagulopatií v rámci anesteziologie, hematologie a dalších oborů je společnost CSL Behring průkopníkem na důkazech založeného přístupu k léčbě krvácivých stavů. Cílem je poskytnout anesteziologům a hematologům léčbu šitou na míru podle potřeb konkrétního pacienta. Takto efektivní metoda umožňuje včasnou, variabilní a nákladově efektivní léčebnou intervenci, která zajištěním dostupnosti správného faktoru ve správný čas správnému pacientovi zlepšuje terapeutickou odpověď.

Lidský koncentrát fibrinogenu

Společnost CSL Behring vyrábí čistěný koncentrát fibrinogenu dostupný na trhu pod značkou Haemocomplettan P, který je schválen pro léčbu získané poruchy srážlivosti v následujících zemích: Bulharsko, Česko, Maďarsko, Německo, Nizozemsko, Portugalsko, Rumunsko, Švýcarsko, Turecko, Izrael, Kuvajt, Írán, Tchaj-wan a Brazílie.

Společnost provádí studie fáze III s cílem dále zkoumat použitelnost koncentrátního fibrinogenu v kardiovaskulární chirurgii. Přínos koncentrátního fibrinogenu je rovněž hodnocen v řadě dalších klinických indikací, včetně onemocnění jater, poporodního krvácení a poranění, při nichž může kriticky pokles hladiny koagulačních faktorů vést k dalším nechirurgickým krvácivým komplikacím.

V Spojených státech amerických je koncentrát fibrinogenu indikován v léčbě akutních krvácivých epizod u pacientů s vrozeným deficitem fibrinogenu, včetně afibrinogenemie a hypofibrinogenemie. Afibrinogenemie či vrozená deficiencie fibrinogenu je vzácné a život ohrožující onemocnění, které je důsledkem nedostatku fibrinogenu a brání tak normálnímu sražení krve. Tato

nemoc je dědičná a může se rozvíjet u mužů i u žen⁸⁾. V západních zemích touto chorobou trpí přibližně jeden člověk z milionu⁹⁾.

CSL Behring je lídrem v oblasti produkce plasmatických proteinů. Cílem společnosti je záchrana a zlepšení kvality lidských životů jedinců s vzácnými a závažnými onemocněními, společnost vyrábí a celosvětově prodává širokou paletu derivátů plasmu a rekombinantních léčivých přípravků. Jsou určeny k léčbě poruch srážlivosti včetně hemofilie a von Willebrandovy choroby, primárních poruch imunity, dědičného angioedému a dědičných respiračních onemocnění, jsou rovněž užívány v kardiologii, při orgánových transplantacích, léčbě popálenin a v prevenci hemolytických onemocnění novorozenců. Společnost provozuje jednu z celosvětově nejrozsáhlejších databází dárcovství krevní plasmu – CSL Plasma.

Více informací:

www.cslbehring.com

Literatura:

1. Rahe-Meyer N et al.: Effects of fibrinogen concentrate as first-line therapy during major aortic replacement surgery: a randomized, placebo-controlled trial. *Anesthesiology* 2013; 118(1): 40–50, doi: 10.1097/ALN.0b013e318271544d
2. Rahe-Meyer N et al.: Bleeding management with fibrinogen concentrate targeting a high-normal plasma fibrinogen level: A pilot study. *Br J Anaesth* 2009; 102: 785–792.
3. Rahe-Meyer N et al.: Thromboelastometry-guided administration of fibrinogen concentrate for the treatment of excessive intraoperative bleeding in thoracoabdominal aortic aneurysm surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 138: 694–702.
4. Reinhofer M et al.: The value of rotation thromboelastometry to monitor disturbed perioperative haemostasis and bleeding risk in patients with cardiopulmonary bypass. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2008; 19: 212–219.
5. Medline Plus: Fibrinogen. URL: <www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003650.htm>
6. Lowe GD et al.: Plasma fibrinogen. *Ann Clin Biochem* 2004; 41: 430–440.
7. Blome M et al.: Relationship between factor XIII activity, fibrinogen, haemostasis screening tests and post-operative bleeding in cardiopulmonary bypass surgery. *Thromb Haemost* 2005; 93: 1101–1107.
8. Medline Plus: Afibrinogenemia. URL: <www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001313.htm>
9. Rare Bleeding Disorders Database. URL: <www.rbdd.org/index.php?option=com_content&view=article&id=72>

PRO RYCHLÉ A POHODLNÉ ŘEŠENÍ NEDOSTATKU FIBRINOGENU

Čištěný koncentrát lidského fibrinogenu nyní na dosah ruky

- Schválený, snadno použitelný, čištěný koncentrát lidského fibrinogenu ¹
- Rychle obnovuje hemostázu, poskytuje pohodlnou substituční terapii pacientům s prokázaným nedostatkem fibrinogenu ³
- Koncentrovaný fibrinogen umožňuje rychlé podání malého množství infuze ¹⁻³
- Obnovuje hladiny fibrinogenu a zároveň snižuje potřebu transfuzí EM a FFP ^{1,5}
- Je dobře snášen – nízké riziko alergických reakcí, trombotických příhod a renální toxicity ^{1,4,6}
- Výrobní postup zajišťuje úplnou redukci patogenů ¹

HAEMOCOMPLETTAN® P
Fibrinogenový koncentrát

Zvyšuje pevnost sraženin. Urychluje hemostázu.

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Haemocomplettan P. **Stožení:** V 1 lahvičce: Haemocomplettan P 1 g, 2 g; Fibrinogenum humanum min. 1000 g, min. 2000 g. **Terapeutické indikace:** Haemoragická onemocnění: 1. Vrozená hypofibrinogenemie, dysfibrinogenemie nebo afibrinogenemie. 2. Získaná hypofibrinogenemie vznikající z: a) poruch syntézy v případech závažného poškození jaterního parenchymu, b) zvýšené intravaskulární spotřeby v důsledku diseminované intravaskulární koagulace a hyperfibrinolýzy. **Dávkování:** Před podáním Haemocomplettanu P je třeba si ověřit nedostatek fibrinogenu Clausovou metodou. Podávané množství a počet jednotlivých aplikací Haemocomplettanu P se musí vždy určovat podle stupně krvácení a klinického stavu pacienta. Obvyklou počáteční dávkou fibrinogenu je 1 až 2 g podle potřeby při následné infuzní léčbě. Kritická hodnota fibrinogenu v plazmě, kde hrozí rozvoj krvácení, je 100 mg/dl. Normální hodnoty se pohybují v rozmezí od 200 do 450 mg/dl. Hladina fibrinogenu v oběhu nesmí převyšovat spodní mezní hodnotu normálu, aby riziko tromboembolických komplikací bylo minimální. V případech závažného krvácení, například u předčasného odloučení placenty, se podává ihned 4–8 g fibrinogenu. U dětí se dávkování třídí podle tělesné hmotnosti dítěte a klinického stavu. **Kontraindikace:** Známa přecitlivělost na některou složku přípravku. Prokázaná trombóza nebo infarkt myokardu, kromě případů fatálního krvácení. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** U pacientů se známým výskytem alergických projevů je možné preventivní podání antihistaminik a kortikosteroidů. Po podání Haemocomplettanu P se pacienti musí pečlivě sledovat kvůli možnému výskytu příznaků trombózy nebo diseminované intravaskulární koagulace (DIC). **Poznámka pro pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku:** Haemocomplettan P obsahuje chlorid sodný, což by mohlo ohrozit pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku. **Virová bezpečnost:** V průběhu podání léčivých přípravků z lidské krve nebo krevní plazmy nelze v plné míře vyloučit vznik infekčních onemocnění přenosem původců infekce. Totéž platí o patogenních původcích dosud neznámé povahy. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost použití Haemocomplettanu P v období těhotenství nebo kojení nebyla prokázána řízenými klinickými zkouškami. Experimentální studie na zvířatech nejsou dostačující z hlediska bezpečnosti vzhledem k reprodukci, vývoji embrya nebo plodu, průběhu těhotenství perinatálnímu a postnatálnímu vývoji. Haemocomplettan P se často používá při léčbě porodních komplikací. Žádná negativní zkušenost pro použití tohoto přípravku během těhotenství a kojení není k dispozici. Haemocomplettan P lze použít během těhotenství a kojení pouze po pečlivém uvážení. **Nežádoucí účinky:** Haemocomplettan P je obvykle dobře snášen, vzácně se mohou vyskytnout reakce alergické nebo anafylaktoidní povahy a vzestup teploty. V případě alergoidních nebo anafylaktoidních reakcí bude podávání Haemocomplettanu P ihned přerušeno (například zastavením infuze). V případě nutnosti se zahájí příslušná léčba. Po podání koncentráту fibrinogenu z lidské plazmy je třeba mít na zřeteli potenciální riziko rozvoje trombotických příhod (včetně infarktu myokardu a plicní embolie). **Doba použitelnosti:** 5 let. Po rekonstituci byla fyzikálně-chemická stabilita stanovena na 8 hodin při pokojové teplotě (max. +25 °C). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Nezmrazujte. Uchovávejte lahvičku ve vnějším obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Infuzní láhev se suchou substancí určená k jednorázovému použití; Infuzní láhve uzavřené brombutylovou zátkou, kovovým uzávěrem s plastickým víčkem. Věšáček z plastiku, papírová krabička, příbalová informace. Velikost balení: 1 infuzní láhev obsahující 1 g lidského fibrinogenu, 1 infuzní láhev obsahující 2 g lidského fibrinogenu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** CSL Behring GmbH, Marburg, Německo. **Registrační číslo:** 16/395/93-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 19. 5. 1993 / 3. 3. 2010. **Datum revize textu:** 31. 3. 2010. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (30. 1. 2013).

Reference: 1. Haemocomplettan® P [company core data sheet]. Marburg, Germany: CSL Behring GmbH; 2007. 2. O'Shaughnessy DF, Atterbury C, Bolton Maggs P, et al. Guidelines for the use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant. Br J Haematol. 2004; 126(1): 11–28. 3. Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. Br J Haematol. 2006; 135(5): 634–641. 4. Peyvandi F, Cattaneo M, Inbal A, de Moerloose P, Spreafico M. Rare bleeding disorders. Haemophilia. 2008; 14(suppl 3): 202–210. 5. Fenger-Eriksen C, Lindberg-Larsen M, Christensen AQ, Ingerslev J, Sørensen B. Fibrinogen concentrate substitution therapy in patients with massive haemorrhage and low plasma fibrinogen concentrations. Br J Anaesth. 2008; 101(6): 769–773. 6. Data on file. Postmarketing drug surveillance. Marburg, Germany: CSL Behring GmbH.

Personalizovaná léčba karcinomu plic

Letošní 4. pražské mezioborové onkologické kolokvium PragueONCO 2013 přineslo řadu podnětů týkajících se personalizované léčby vybraných onkologických onemocnění, a to jak ve světle nových perspektiv, tak ve smyslu zamyšlení nad kontroverzemi a různými přístupy v léčbě solidních nádorů.

Adjuvantní chemoterapie

Prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc., z Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc se ve své prezentaci zaměřil na roli cílené biologické léčby v adjuvantním podání u nemalobuněčného karcinomu plic (NSCLC).

Optimálním řešením časných stadií NSCLC je operace, avšak více než polovina nemocných má již v této fázi prokazatelné mikrometastázy v krvi a jiných orgánech, což snižuje šance na dlouhodobé přežití. Polovina operovaných pacientů s časným stadiem NSCLC zemře. Cílem adjuvantní léčby je zničení mikrometastáz, prodloužení času bez známkem nemoci a prodloužení celkového přežívání nemocných.

V praxi se po operaci standardně podává adjuvantní chemoterapie (ACHT), obvykle kombinace vinorelbínu s cisplatinou. Efekt

adjuvantní léčby na prodloužené přežívání pacientů s NSCLC potvrzují metaanalýzy několika velkých studií. Problémem podávané ACHT je vysoký výskyt toxických reakcí a nižší tolerance léčby. Snižování toxicity je možné dosáhnout podáváním karboplatiny (CBDCA) či aplikací ACHT selektovaným pacientům podle exprese prediktivních biomarkerů. V této oblasti však ještě nejsou k dispozici dostatečné výsledky klinických studií.

Cílená léčba NSCLC v adjuvantním podání

Rozačíté jsou zatím i výsledky prvních studií s podáváním biologické léčby, zejména vzhledem k ovlivnění přežívání, uvedl profesor Kolek. V současnosti probíhají studie srovnávající gefitinib se standardní ACHT (ADJUVANT) a podobně koncipované studie

s erlotinibem. Výsledky velké studie RADIANT, které by měly být k dispozici v roce 2016, přinesou vyhodnocení přežívání tisíce pacientů rozdělených podle IHC pozitivnosti EGFR, genové exprese dle FISH a přítomnosti mutací EGFR a KRAS. Běží také studie s inhibitory angiogeneze. Probíhající výzkumy by měly odpovědět na otázku, zda personalizovaný přístup vede k větší efektivitě a lepší tolerabilitě cílené adjuvantní léčby NSCLC.

Molekulární metody a role biomarkerů u inoperabilního NSCLC

Porozumění molekulární patogenézi NSCLC umožňuje dosáhnout lepších výsledků v léčbě tohoto zhoubného nádoru. Děje se tak díky výběru vhodného léčebného postupu na základě biomarkerů umožňujících rozpoznat, kteří

pacienti budou z dané léčby profitovat. S touto problematikou své kolegy blíže seznámil profesor Robert Pirker z Lékařské univerzity ve Vídni.

U pacientů s dlaždicobuněčným NSCLC se pemetrexed ukázal jako účinnější oproti gemcitabinu, u pacientů s nedlaždicobuněčným NSCLC je tomu naopak. Cílené terapie se zaměřují na inhibici EGFR, která má za následek potlačení angiogeneze.

Ve fázi III klinických studií je testování efektu monoklonálních protilátek a inhibitorů tyrosinkinázy (TKI) na blokádu EGFR. Cetuximab přidáný k 1. linii chemoterapie zlepšil přežití pacientů s NSCLC oproti samotné chemoterapii. Ve studii fáze III u pacientů s pokročilým NSCLC je dále necitumumab. Ve 2. linii léčby a v udržovací léčbě se užívá erlotinib. U pacientů s pokročilým



Prof. Robert Pirker. | Foto: archiv

NSCLC a aktivovanými mutacemi EGFR se v 1. linii doporučuje léčba pomocí TKI (gefitinib, erlotinib, afatinib). Gefitinib a erlotinib byly schváleny pro 1. linii léčby u pacientů s aktivovanou mutací EGFR. U pacientů s ALK-positivními tumory se jako účinný ukázal crizotinib, který je nyní u těchto nemocných schválen pro léčbu ve 2. linii.

Zkoumány byly též inhibitory angiogeneze. Bevacizumab přidáný v 1. linii chemoterapie prokázal u pacientů s pokročilým nedlaždicobuněčným NSCLC lepší efekt než samotná chemoterapie a byl schválen pro toto užití. Některé další inhibitory angiogeneze však podobný efekt neměly.

MUDr. Andrea Skálavá

Prediktory odpovědi na cílenou biologickou léčbu karcinomu plic

V rámci setkání PragueONCO 2013 se odborníci z řad klinických onkologů, pneumoonkologů a odborníků na prediktivní onkologii mimo jiné sešli u kulatého stolu, aby zde diskutovali na téma personalizované léčby plicního karcinomu.

Mezi účastníky diskuse byli profesor Robert Pirker z Lékařské univerzity ve Vídni, profesor Vítězslav Kolek z Kliniky plicních nemocí a TBC LF UP a FN Olomouc, profesor Luboš Petruželka z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, docent Marián Hajdúch z laboratoře experimentální medicíny při Dětské klinice LF UP a FN Olomouc, profesor Aleš Ryška z Fingerlandova ústavu patologie LF UK a FN Hradec Králové, profesor Rostislav Vyzula z Masarykova onkologického ústavu v Brně, profesorka Jana Skříčková z Kliniky plicních nemocí a TBC LF MU a FN Brno a další odborníci.

Které mutace testovat?

Úvodním tématem byl výběr mutací, které by se u karcinomu plic měly vyšetřovat. Otázka směřovala k tomu, zda se řídit doporučením, jež zaznělo v minulosti, tedy opomenout mutace KRAS. Profesor Ryška uvedl, že je třeba vyšetřovat veškeré dostupné markery s klinickou relevancí. Tím je v současnosti EGFR a brzy k němu přibude EML4-ALK. Podle jeho názoru je třeba testy provádět současně, avšak v případě, že crizotinib bude dostupný až později, lze testovat sekvenčně. Mutaci EML4-ALK je možné testovat buď imunohistochemicky, nebo metodou FISH, která je dnes stan-

dardem, ale kvůli finanční nákladnosti není dostupná všude. Docent Hajdúch konstatoval, že by nemělo být opomíjeno ani testování mutace KRAS, to se však týká výzkumu, nikoli klinické praxe. Je třeba zvažovat, který přístup je proveditelný a dostupný, přičemž jednou ze strategií je preselektce pacientů s mutací *wild type* KRAS, což ovšem nepovažuje za nejekonomičtější přístup.

Profesor Kolek souhlasil s klinickým významem EGFR a EML4-ALK, avšak KRAS podle něj v tuto chvíli nemá v klinické diagnostice relevantní roli. Mimo klinické podmínky je žádoucí využít maxima relevantních bio-

markerů, avšak ERCC1 a RRM1 v rámci klinických hodnocení neposkytly robustní data, která by ospravedlnila změnu standardní terapie, přestože určité změny léčebných schémat (preferenci cisplatinu a gemcitabinu, respektive limitace užití taxanů) jsou možné.

Profesor Pirker poukázal na situaci v Rakousku, kde se testují všechny adenokarcinomy na přítomnost mutace EGFR, u pozitivních se pak výsledek ověřuje pomocí FISH.

Pašální testování a nákladová efektivita

Profesor Ryška zmínil skuteč-

nost, že ve FN Hradec Králové se otázkou nákladové efektivitě testování pozitivnosti KRAS zabývali a ukázalo se, že finanční náročnost obou přístupů (testování EGFR + EML4-ALK vs. KRAS) je přibližně stejná. Problémem zůstává proplácení testů ze strany pojišťovny, protože testování není nezbytné pro výběr léčby. Podle informací profesor Jozsefa Tímára z Maďarska je léčba erlotinibem proplácena u pacientů s pozitivní mutací *wild type* KRAS, proto maďarští kolegové (jako jediná na světě) KRAS testují.

Dále zazněl názor, že pašální testování všech mutací není finančně možné zejména s ohledem na skutečnost, že mutace EGFR se u pacientů s dlaždicobuněčným karcinomem vyskytuje tak zřídka, že současná praxe je testovat všechny pacienty,

s výjimkou čistě dlaždicobuněčného karcinomu a NSCLC s převahou dlaždicových buněk (*favor squamous cell*).

Závěrem lze říci, že obecně se finančně nevyplatí testovat pacienty, u nichž ze znalosti pozitivní konkrétní mutace neplyne terapeutický přínos. Tento přístup je běžný na úrovni větších, univerzitních center, kdy je diagnostika v krátké době následována rozhodnutím o léčbě. V případě malých center (regionálních zdravotnických zařízení) diagnostika trvá tak dlouho, že před výsledkem testů je pacientům místo tyrosinkinázových inhibitorů (TKI) automaticky nasazena chemoterapie. Podle Aleše Ryšky je tato situace zapříčiněna zdlouhavou komunikací mezi klinickými onkology a patology, tento názor podpořili i Vítězslav Kolek a Robert Pirker.

Levný diagnostický panel

Docent Hajdúch doplnil, že testování pozitivity EGFR1 může změnit terapeutickou strategii v tom smyslu, že se onkolog rozhodne podat biologickou léčbu pacientovi s pokročilým typem onemocnění. S jeho názorem nesouhlasila profesorka Skříčková a argumentovala daty z vlastního pracoviště, kdy z biologické léčby profitují pouze pacienti v dobré kondici (*performance status* /PS/ = 0–2), naopak profesor Petruželka a profesor Pirker uvedený názor podpořili.

Jana Skříčková dále argumentovala faktem, že v Česku jsou dokonce TKI (jako například gefitinib v 1. linii) schváleny pouze pro pacienty s PS = 0–2, což potvrdil i Rostislav Vyzula s poukazem na existenci „levného diagnostického panelu“, přestože doporučení „Modré knihy“ zní podávat gefitinib bez limitu. Profesor Kolek

se domnívá, že mnozí pacienti po biopsii a bronchoskopii nemohou mít extrémně špatný PS, u některých je možné ještě celkové zlepšení po řešení komorbidit. Proto je léčba TKI v individuálních případech indikována také u iniciálně horšího PS.

Marián Hajdúch se následně vrátil k tématu „levného diagnostického panelu“. Dostupné diagnostické sety již existují, například pro karcinom prsu se v laboratorních podmínkách již využívají, nehledě na to, že dnešní metody (za cenu setu cca 120 000 Kč) umožňují přečíst kompletní genom člověka během cca 27 hodin. Jeho názor následně podpořil i Aleš Ryška a uvedl, že již byla ustanovena expertní skupina patologiů pro diagnostiku plicního karcinomu (doporučení budou publikována v dubnu letošního roku). Dle svých slov se domnívá, že problémem není cena diagnostických setů, ale interpretace získaných dat.

Následně se rozvinula diskuse, zda v případě nelimitovaných prostředků provádět testování všech pacientů na mutaci EGFR a léčit je pomocí TKI – všichni účastníci byli v zásadě pro takový postup.

Ke klasifikaci karcinomů

Jednotlivé komentáře poté zazněly ke klasifikaci karcinomu plic (z patofyziologického hlediska nedlaždicobuněčný typ neexistuje) a indikaci takové léčby, která by měla být poskytnuta pacientům s dlaždicobuněčným typem stadia IV bez ohledu na výkonostní stav a mutaci KRAS. Testy přítomných mutací by měly být automaticky prováděny u všech čistých adenokarcinomů, spíše nemalobuněčných adenokarcinomů a jinak nespecifikovaných nemalobuněčných karcinomů



Prof. Vítězslav Kolek. | Foto: Leoš Chodura

(NSCLC NOS). Naopak vyžádané (*on-demand*) testování by mělo být prováděno převážně u čistě dlaždicobuněčných NSCLC.

Dále se hovořilo o přítomnosti mutace T790M a postupu u nově diagnostikovaných pacientů s NSCLC. Docent Hajdúch uvedl, že tato mutace je jednak extrémně vzácná, jednak je obtížné cokoliv předjímat. Nicméně si myslí, že pacient s touto mutací bude na léčbě EGFR-TKI (v daném případě jde o podání gefitinibu) progredovat, protože mutace představuje typický znak tumorové rezistence.

Genotypizace a léčba

Ke schématu diagnostiky a léčby nově diagnostikovaného NSCLC pacienta profesor Petruželka uvedl, že genotypizace EGFR je vždy vyžádána s tím, že pokud pacient nemá mutaci, dostane chemoterapii, v opačném případě TKI. Pokud klinický stav pacienta vyžaduje léčbu, je obtížné se rozhodnout, zda s léčbou začít, nebo čekat na výsledky genotypizace. Jana Skříčková navrhla počkat 2–3 týdny i déle na výsledky. Vítězslav Kolek by začal například s pemetrexedem v případě delšího prodloužení a biologickou léčbu nasadil později, podle reakce na chemoterapii a výsledky genotypingu. Stejně tak Luboš Petruželka a Robert Pirker upřednostnili okamžité nasazení chemoterapie před delším vyčkáváním na výsledky. V tomto ohledu je rovněž nutné vzít v úvahu celkový stav pacienta, který se může rychle zhoršovat.

Kolektivně byla prodiskutována také otázka strategie překonání rezistence vůči terapii EGFR-TKI po úvodní odpovědi na léčbu. Navrhovanými schématy bylo zvý-

šení dávky (typicky u kuřáků) nebo převod na jiný TKI (nasazení afatinibu, pokud je k dispozici). Zazněla také myšlenka zahájení chemoterapie, ale obecně bylo jako nejlepší postup zvoleno převedení z gefitinibu na erlotinib či afatinib.

Poslední otázkou byl rozdíl v dostupnosti léčby crizotinibem u EML4-ALK-pozitivních pacientů. Profesor Pirker poukázal na rozdíl mezi obecně přijíma-

ným schématem léčby v EU, kdy se crizotinib podává ve 2. linii, a v USA, kde není v 1. linii nasazován pemetrexedem v kombinaci s platinovým derivátem, ale aplikuje se rovnou crizotinib. Diskusi uzavřel Vítězslav Kolek konstatováním, že v budoucnu lze očekávat příchod nových léků, které přispějí k cílenější léčbě a budou používány v souladu s odbornými doporučeními.

(asa, rk)

Personalizovaný screening plicních karcinomů

Plicní karcinomy představují 12% všech nově diagnostikovaných případů rakoviny. Přitom 90% případů plicních karcinomů je způsobeno kouřením. V posledních letech plicní odborníci vyvíjejí maximální úsilí o to, aby se diagnostika bronchogenního karcinomu z kvalitní a zrychlila.

Záchyt karcinomu v pozdní fázi (kdy bývá obvykle diagnostikován) je totiž spojen s 85% pětiletou úmrtností. Příčinou je zřejmě generalizace onemocnění v této fázi. Lokalizovaný nádor má v tuto dobu jen 20% nemocných, zatímco dalších 25% má rozšíření do regionálních uzlin a 55% vzdálené metastázy.

U pacientů po radikální léčbě karcinomu plic je vyšší riziko druhého primárního nádoru. Se zvýšeným rizikem rozvoje karcinomu plic je spojena také CHOPN. *Screening* těchto pacientů může vést ke snížení úmrtnosti na plicní rakovinu.

Plánovaná studie 2013–2016

Jak uvedl MUDr. Jiří Votruba z I. kliniky tuberkulózy a respiračních nemocí 1. LF UK a VFN v Praze, výsledky amerického screeningové-

ho programu NLST prokázaly 20% snížení mortality u pacientů zařazených do screeningu pomocí *low dose spiral CT* oproti skupině pacientů sledovaných pomocí skiagramu hrudníku.

Tým pneumologů a onkologů z VFN a FN Olomouc (Jiří Votruba, Luboš Petruželka, Vítězslav Kolek) se proto bude ucházet o grantové prostředky k realizaci projektu sekundárního screeningu, v němž chce využít pravidelná CT s nízkou dávkou záření u skupiny pacientů po kurativní léčbě bronchogenního karcinomu stadia T1–2 N0 s konkomitantní CHOPN stadia II a více. Autoři předpokládají, že u proaktivně sledované skupiny pacientů bude zachyceno vyšší procento dalších primárních nádorů a současně dojde ke snížení úmrtnosti na plicní karcinom minimálně o 25%.

(asa)



Prof. Luboš Petruželka. | Foto: Leoš Chodura

ROZHOVOR

Nové možnosti v léčbě bolesti pohybového aparátu lze využít v praxi

Velkou výhodou přípravků fyziologické regulační medicíny je vysoká účinnost bez nežádoucích účinků, s možností kombinace s jinou léčbou podle potřeby, čímž se dosáhne rychlejšího terapeutického efektu. Navíc jsou vhodné i pro sportovce, jelikož nemají vliv na dopingové testy," říká ortoped, revmatolog a lékař slovenských reprezentantů **MUDr. Roman Fano**.

Jste ortoped, pracujete v Národnom ústavu reumatických chorôb (NÚRCH) v Piešťanoch, ale máte i svoji soukromou praxi, kde se velkou měrou věnujete sportovcům. Mohl byste stručně přiblížit své působení, o jaké pacienty se staráte a jaké výkony jim nabízíte?

V NÚRCH se zaměřuji hlavně na léčbu pacientů s revmatickými nemocemi, ať už revmatoidní artritidou, dnou nebo systémovými onemocněními, samozřejmě z pohledu chirurga-ortopeda. Na revmatochirurgickém oddělení operuji asi 200 pacientů ročně. Soustředím se především na revmatická postižení rukou a nohou.

V soukromé ambulanci mě pak navštěvují hlavně pacienti se sportovními úrazy, ale též mnoho nemocných s bolestmi kloubů a páteře, a to akutního i chronického charakteru.

Z vaší odpovědi plyne, že máte dvě různé skupiny pacientů. V NÚRCH nemocní trpí zejména chorobami pohybového aparátu spojenými s revmatickým zánětlivým onemocněním, v soukromé praxi zase řešíte spíše pacienty s akutními bolestmi pohybové soustavy v důsledku přetížení, nesprávného držení těla nebo úrazu. V čem se liší terapeutický přístup k těmto skupinám a v čem je naopak společný?

Každý pacient je jiný, pro konkrétní léčebnou metodu se rozhodují podle druhu onemocnění či zranění, věku nemocného, dél-

ky trvání choroby, ale také podle toho, jestli se jedná o první úraz, nebo se opakuje častěji, dále dle dosavadní již nasazené léčby a mnoha jiných aspektů.

Revmatologičtí pacienti léčení na chirurgickém oddělení a v ortopedické ambulanci NÚRCH jsou v 90 procentech případů chronici, akutní stavy léčí revmatologové, chirurg či ortoped obvykle řeší deformity pohybové soustavy, na kostech, kloubech, šlachách či měkkých tkáních. K nim dochází postupně v průběhu revmatického onemocnění. Podle toho, jak se revmatologům daří zvládat revmatickou chorobu, se daří ovlivnit i vývoj deformit u pacienta. U sportovců se větší setkávám s akutními stavy. Mnohdy jde o distorze kloubů, zlomeniny (akutní, ale často též únavové) nebo se jedná o zranění svalů a šlach.

Co považujete za největší problém současné farmakoterapie v dané oblasti?

Zejména nežádoucí účinky léků, ale také preskripci více léků obdobného účinku zároveň, interakce jednotlivých přípravků a v neposlední řadě i jejich vysokou cenu. Samozřejmě by odpověď na tuto otázku mohla vydat na knihu.

Jste známý tím, že doprovázíte sportovce na důležité mezinárodní soutěže, například i na olympijské hry. O které sportovce pečujete a jaké jsou jejich nejčastější zdravotní problémy?

kém oddělení NsP Trenčín, od roku 1996 působí na revmatochirurgickém oddělení v Národnom ústavu reumatických chorôb Piešťany, od roku 2008 pak také v S & A, s. r. o., v Piešťanoch. Aktivně se účastní světových kongresů sportovní medicíny (Londýn 2000, Atény 2004, Barcelona 2005).



Foto: archiv Edukafarm

V roce 1996 mne oslovili tenisté, kteří už patřili do mé klientely, ke spolupráci s daviscupovou reprezentací. Tato spolupráce trvá dodnes. Zažil jsem krásné zápasy slovenských reprezentantů, ať už Kučery, Hrbatého, Habšudové, Hantuchové, Cibulkové nebo dalších sportovců. Před olympijskými hrami v Sydney mě kontaktovali také vodní slalomář Michal Martikán a rychlostní kanoista Slavo Kňazovický, s prvním ze jmenovaných jsme stále intenzivně ve styku.

U všech sportovců, o které se během roku starám, dbám na prevenci chorob a zranění. Všichni podstupují alespoň jedenkrát ročně důkladnou lékařskou prohlídku na vybraných zdravotnických pracovištích. Zaměřujeme se hlavně na aktuální změny zdravotního stavu v přípravě nebo přímo při závodech a zápasech. Z úrazů na závodech jsou to především zranění z přetížení, bolesti kloubů a páteře. Mnohokrát však musím být i psychologem

vzhledem k tomu, že se s daným sportovcem často a velmi těsně ocitám ve vypjatých situacích, a také v tomto směru spolupracuji se sportovními psychology a psychiatry.

Doprovázet nejlepší slovenské sportovce jistě představuje velkou zodpovědnost a žádá si přehled a znalosti o nejmodernějších terapeutických postupech. Setkal jste se v poslední době s nějakou novou léčebnou metodou, kterou jste začal používat i ve své praxi?

Jestliže mám poskytovat komplexní konzervativní a zčásti i operační léčbu zranění, vyžaduje to, abych v ambulanci disponoval všemi dostupnými možnostmi terapie, ať už se jedná o aplikaci anestetik, kortikosteroidů, ACP (autologní kondicionované plasmy), metodu Orthokine, viskosupplementační terapii nebo léčbu nesteroidními anti-revmatiky a analgetiky.

Třetím rokem nyní pracuji s no-

vou terapeutickou metodou označovanou jako fyziologická regulační medicína. Ta se používá i v léčbě bolesti. Je založena na současných poznatcích molekulární fyziologie a patofyziologie. Používám mnohé certifikované zdravotnické prostředky Guna Medical Device (MD) v injekční formě lokálně aplikované do bolestivých míst k tlumení bolesti a zlepšení pohyblivosti kloubů jakož i k uvolnění svalových spasmů.

Mohl byste nám tuto metodu více přiblížit a říci, co přinesla do vaší praxe, v čem spatřujete její význam a benefity?

Přípravky Guna MD představují kolagenové injekce obohacené složkami přírodního původu. Působí lokálně, v daném místě přispívají ke kompenzaci deficitu kolagenu v poškozených strukturách kloubního a pojivového aparátu (šlachy, vazy, kloubní pouzdra, chrupavky), který posilují, strukturují a chrání. Pomáhají zmírnit bolest a zlepšit hybnost kloubů zpomalením jejich fyziologické degenerace. Jsou vhodné pro stavy způsobené stárnutím (degenerativní onemocnění, například osteoartróza), nesprávným držetím těla, úrazy a revmatickými zánětlivými chorobami.

Jejich velkou výhodou je vysoká účinnost bez nežádoucích účinků, s možností kombinace s jinou léčbou podle potřeby, čímž se dosáhne rychlejšího terapeutického efektu. Díky jejich působení pacienti mohou užívat méně analgetik či nesteroidních anti-revmatik, takže jsou vystaveni menšímu množství vedlejších nežádoucích účinků daných léčiv, a to hlavně na úrovni gastrointestinálního traktu. S aplikací injekcí Guna MD jsem velmi spokojen, stav pacientů se zlepšil i v případech, u kterých jsem předtím nedosáhl uspokojivých výsledků. Navíc jsou vhodné pro sportovce, jelikož v dopingových testech vycházejí negativně.

Máte nějaký zajímavý klinický případ ze své praxe, o který byste se s námi mohl podělit?

Asi 50 procent pacientů léčených touto metodou ke mně přichází s vertebrogenními bolestmi, 30 procent s bolestmi nosných

MUDr. Roman Fano

Lékařskou fakultu Univerzity Komenského v Bratislavě absolvoval v roce 1989. Atestoval z chirurgie (1992) a ortopedie (1997 a 2004), prošel mj. základním kurzem v revmatologii v Piešťanoch (1998) či mezinárodním kurzem revmatochirurgie v Praze (1999). V letech 1989–1995 pracoval na chirurgic-

NOVINKY VE FARMAKOTERAPII



Foto: archiv Edukafarm

Následující otázka souvisí s předešlou: Máte více takových pacientů, kterým jste tyto injekce aplikoval s dobrým efektem? Použil jste tuto metodu i u známých sportovců? Pokud ano, u koho a s jakým výsledkem?

Pakliže mám v ambulanci k dispozici širokou škálu terapeutických možností v rámci konzervativní léčby zranění, u sportovců musím být obzvláště obezřetný při podávání medikamentů z antidopingového hlediska. Týká se to především užívání kortikoidů vzhledem k jejich katabolickému působení na tkáň. Limitovaná je dostupnost biologické léčby, především z finančního hlediska.

Mnoho známých sportovců je velmi spokojeno s užíváním fyziologické regulační medicíny ve formě injekcí Guna MD, zejména při léčbě zranění z přetížení. U řady účastníků OH v různých odvětvích sportu, ať už v tenise (léčba Achillovy šlachy Daniela Hantuchové), rychlostní kanoistice (bolestivé rameno Ľubomíra Hagary, který skončil 6. na OH v Londýně) či kanoistice na divoké řece (léčba epikondylitidy Jany

Dukátové), tato terapie pomohla, ale její možnosti jsem využil i u atletů a plavců.

Předpokládám, že nemocní si přípravky Guna MD musejí financovat sami, protože nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jak to zapadá do současné lékové politiky? Není to pro pacienta problém?

Léčba injekcemi Guna MD není vzhledem k jejich dobrému a dlouhotrvajícímu účinku drahá. Aplikace jedné injekce stojí kolem 200 Kč, doporučuje se kúra sestávající z 10 injekcí v průběhu 2 měsíců. Injekce se aplikují první dva týdny 2x týdně, poté již 1x týdně, takže to lze ekonomicky zvládnout.

Pacienti se k vám dostanou většinou na doporučení vše-

obecného praktického lékaře. Domníváte se, že by vaše poznatky z nového léčebného přístupu mohl ve své praxi také využít?

Zčásti ano. Metoda fyziologické regulační medicíny s použitím injekcí Guna MD se dá alespoň pro léčbu vertebrogenních obtíží zvládnout absolvováním jednodenního školení. Nedoporučuji intraartikulární aplikaci, ta přeci jen patří do rukou ortopedů, případně chirurgů, ale podávání léčiv intramuskulárně či subkutánně do bolestivých trigger pointů je jednoduché a vhodné k použití v každé ambulanci.

Zpracování dané problematiky je součástí edukačních aktivit podpořených v rámci projektu Popularizace zdraví – Po.Zdrav.

PharmDr. Zdeněk Procházka
Edukafarm

kloubů, 10 procent pacientů pak léčím pro bolesti ramenních kloubů. Zbýlých 10 procent představuje skupinu nemocných, které nejčastěji trápí entezopatie. Prakticky stoprocentně je léčba injekcemi Guna MD úspěšná při zánětech Achillovy šlachy. Velmi

vysoké procento spokojenosti (85 procent) mám u pacientů, kteří se léčí s vertebrogenními obtížemi. Téměř u všech výše zmíněných potíží mohou použít injekce Guna MD. Nepoužívám je jedině v případech svalových a šlachových ruptur či epifyzeolůz.



Inzerce A121001861

FYZIOLOGICKÁ REGULAČNÍ MEDICÍNA V TERAPII BOLESTI

Přípravky

MD-Neck
MD-Neural
MD-Thoracic
MD-Lumbar
MD-Ischial
MD-Shoulder
MD-Small Joints
MD-Hip
MD-Poly
MD-Muscle
MD-Matrix
MD-Tissue
MD-Knee



zdravotnický prostředek

Informační servis zajišťuje společnost InPHARM,
CZ: tel.: +420 241 432 133, inpharm@inpharm.cz
SK: tel.: +421 250 221 606, inpharm@inpharm.sk

Benefity:

- ✓ Nežádoucí účinky nebyly pozorovány
- ✓ Bez lékových interakcí
- ✓ Kombinace s analgetiky vede ke snížení jejich spotřeby, a proto i ke snížení nežádoucích účinků



Oblasti použití:

Výše uvedené přípravky pomáhají zmírnit bolest a zlepšit pohyblivost zpomalením fyziologické degenerace kloubů a přidružených tkání, a to vždy v té oblasti, pro kterou jsou určeny. Zároveň zmírňují poškození způsobená stárnutím, nesprávným držetím těla, průvodními chronickými onemocněními, poraněními a úrazy.

Statut: zdravotnický prostředek (medical device).

Pozn.: Pro lékaře je k dispozici Manuál léčby bolesti s Guna MD přípravky. Obsahuje nejen způsob použití, dávkování a aplikační body pro jednotlivé indikace, ale také příkladové kasuistiky. Manuál je dostupný na vyžádání zdarma u společnosti InPHARM.

Využití IT a simulace ve výuce budoucích zdravotníků na 1. LF UK

Následující příspěvek se zabývá uplatněním interaktivních metod výuky v předmětech First Aid a Patient Care, které jsou vyučovány na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v oborech Všeobecné lékařství a Zubní lékařství anglické paralelky.

První pomoc a vybrané ošetřovatelské postupy jsou nedílnou součástí pregraduální přípravy budoucích lékařů. Tato výuka na naší fakultě až donedávna probíhala tradičním způsobem, tzn. přednáška a následné procvičování výkonů v odborné učebně.

S vědomím, že pro vzdělávání zdravotnických pracovníků nejsou důležité pouze samotné vědomosti, ale také praktický nácvik jednotlivých výkonů a postupů s využitím již probraných teoretických poznatků včetně práce v týmu nebo řešení běžných komplikací a na základě evaluace a zpětné vazby od studentů i učitelů, jsme se rozhodli pro radikální změnu metod výuky i organizace uvedených předmětů.

Teoretická východiska

Klasický výukový postup uplatňovaný na vysokých školách je založen na převážně na výkladu teoretických poznatků. Zažili jsme – a naši studenti stále zažívají – v řadě předmětů výuku postavenou na monologu učitele (při vědomí, že některá témata nelze studentům předat jinak), který prezentuje dané téma stylem „definice zní... a z té vyplývá, že...“ v přehledu uvádím následující faktory... jednotlivé faktory si nyní probereme... tento faktor je ovlivněn...“. Následují semináře či praktická cvičení. Z absolverta takových předmětů může vyrůst náramný teoretik, zrovna tak jako jeho učitel. Ale jakmile přijde na skutečnou aplikaci získaných vědomostí a znalostí do praxe, může nastat problém. Už to není tak snadné.

Je známo, že k dosažení co největšího efektu vzdělávání je nutné zvolit vhodnou metodu. Její volba může záviset na mnoha faktorech, jako jsou předmět výuky, cílová skupina, časový rámec, místo výuky nebo dostupné prostředky. Vlastních metod vzdělávání je velké množství a jsou klasifikovatelné z různých hledisek. Přičemž pro konkrétní výuku není nutné volit pouze jednu metodu, naopak dobře zvolená kombinace několika metod může zlepšit přínos celého procesu a tím i přenos naučených poznatků do každodenní praxe, kde mohou být bezprostředně uplatněny. Výhodou je, pokud lze například použít různé didaktické pomůcky, jež studentům umožňují zapojení více smyslů.

K dalším faktorům významně ovlivňujícím výsledek vzdělávání patří motivace studentů (tzn. jakou mu student přiřkládá důležitost a nakolik vychází z jeho potřeby) a také styly učení, které jsou každému vlastní, nebo vzdělávací styl pedagoga.

V literatuře je v současné době možné najít mnoho pramenů zabývajících se posuzováním efektivity nových metod výuky i jejich využitím ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. Rozvoj moderních komunikačních technologií s sebou přináší také možnost jejich uplatnění v procesu učení. Do vzdělávání jsou čím dál častěji zahrnovány například rozličné e-learningové metody. Přestože jejich účinnost zatím nebyla jednoznačně posouzena, zdá se, že v porovnání s klasickou výukou jde o přístup obdobně

efektivní. Výhodou je pak časová flexibilita, akceptace potřeby rozdílného tempa výuky, možnost poskytnutí okamžité zpětné vazby nebo zlepšení znalostí studentů v některých oblastech.

V souvislosti se vzděláváním zdravotníků je také možné najít mnoho zdrojů, které se zabývají „simulací klinické praxe v laboratorních podmínkách (učebnách)“. Studenti oborů, v jejichž vzdělávání hrají důležitou roli nejen osvojené teoretické vědomosti, ale také praktická dovednost, tak mají možnost procvičit si jednotlivé výkony ještě před zahájením praktických stáží v klinickém prostředí.

V simulovaném prostředí mohou být opakovaně procvičovány nejenom jednotlivé více či méně problematické úkony, ale také komplexní přístup k řešení určitých situací, nácvik práce v týmu, řešení komplikací či krizových situací atd. To vše se děje v „bezpečných“ podmínkách odborných učeben, připravuje studenty na následnou praxi, do určité míry přispívá i ke zlepšení kvality péče a má také vliv na bezpečí pacientů v následné reálné klinické praxi. K dalším benefitům zmiňovaným v literatuře patří: větší smysl pro realitu a schopnost rozhodnout se v běžných klinických podmínkách, prohloubení komunikačních, kognitivních, psychomotorických i pozorovacích schopností a snadnější přechod do klinické praxe.

Současná praxe

Nová koncepce výuky pro předměty zahrnující praktický ná-

cvik byla na Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK v Praze (ÚTPO) zvažována delší dobu. Realizována byla následně nejprve v předmětech First Aid (první pomoc) a Patient Care (ošetřovatelské postupy) u studentů všeobecného lékařství a stomatology anglické paralelky.

Tito studenti přicházejí na naši fakultu z různorodých kulturních prostředí a kvůli tomu také s prvotními znalostmi na velmi rozdílné úrovni, což s sebou přináší rozdílné potřeby dalšího studia tak, aby nakonec všichni dosáhli minimální požadované úrovně znalostí. Obdobně je potřeba počítat s tím, že po ukončení studia se většina absolventů vrací do své domovské země, a je nutné, aby byli připraveni pro praxi v mnohdy značně odlišném prostředí, než s jakým se setkali během pobytu u nás.

Smyslem výuky proto nemůže být předání jediné pravdy, ale je důležité vybavit studenta schopností orientovat se v záplavě poznatků a naučit se je správně využívat pro daný cíl. To vše bylo zvažováno při vytváření nové koncepce, která by studentům alespoň do určité míry umožnila získávat nové poznatky dle jejich studijního tempa a zároveň co nejvíce umožnila nácvik implementace nových poznatků do praxe a praktický nácvik vybraných výkonů a postupů.

Výuka ve výše zmiňovaných předmětech nyní probíhá v jakýchsi cyklech, kdy na teorii navazuje praktický nácvik. Studenti jsou nejprve seznámeni s teoretickými základy formou e-learningového kurzu připraveného s využitím prostředí SW Moodle.

V současné době provozované kurzy využívají prvků *blended learning*, kdy se studenti dostávají využitím připravených elektronických zdrojů na určitou bazální úroveň znalostí a následně přicházejí k výuce, která je zaměřena především na nácvik jednotlivých praktických dovedností i komplexnějších scénářů s využitím dostupných výukových modelů či simulátorů.

E-learningová část výuky nabízí nejenom studijní texty a odbor-

né články, ale také tutoriály, videa, doporučené postupy apod. Nabyté vědomosti jsou pak ověřeny formou *on-line* testu. Posléze se studenti hlásí k praktickému nácviku, který probíhá v malých skupinách.

Praktický trénink se děje mimo jiné s využitím modelů pořízených díky rozvojovému projektu MŠMT, které umožňují nácvik odborných, popřípadě specializovaných výkonů a postupů včetně komplexního přístupu k pacientovi či řešení běžných komplikací nebo práce v týmu.

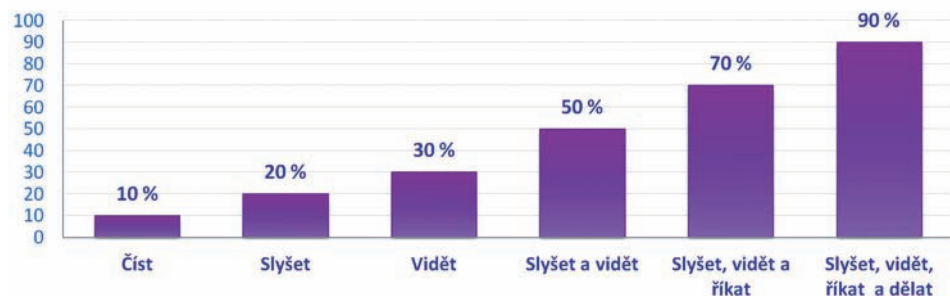
Výuka první pomoci je soustředěna do několika okruhů, u nichž se opakuje výše uvedený scénář:

- hodnocení stavu postiženého,
- neodkladná kardiopulmonální resuscitace u dospělých,
- neodkladná kardiopulmonální resuscitace u dětí,
- postupy při obstrukci dýchacích cest,
- urgentní stavy z úrazových příčin,
- urgentní stavy z neúrazových příčin.

Obdobně probíhá také výuka ošetřovatelských postupů, kde je praktický nácvik zaměřen především na následující oblasti:

- prevence šíření infekce,
- péče o rány,
- podávání léků,
- infuzní a transfuzní terapie,
- odběr biologického materiálu,
- monitorování životních funkcí,
- vyprazdňování moči a katetrizace močového měchýře,
- vyprazdňování stolice a podání klyzmatu,
- péče o stomie,
- oxygenoterapie, odsávání z dýchacích cest a péče o tracheostomii,
- péče o výživu, zavádění nazogastrické sondy a zahájení enterální výživy.

Závěrečné prověření znalostí probíhá u obou předmětů opět formou *on-line* testu s následnou praktickou zkouškou. Před samotnou praktickou zkouškou studenti mají příležitost znovu si veškeré výkony a postupy procvičit. Kurzy jim poskytují možnost elektronicky komunikovat s učitelem, sledovat postup vlastního plnění úkolů, získat zpětnou vazbu a hodnocení nebo odevzdávat



Závislost množství uchovaných informací na zapojení smyslů během procesu učení.

VZDĚLÁVÁNÍ

Tento přístup se nám u zdravotnických oborů jeví jako velmi přínosný, proto bychom jej v budoucnu rádi co nejvíce rozšířili.

Článek vznikl za podpory Rozvojového programu MŠMT pro rok 2012 „Přístrojové a materiálové vybavení odborné učebny pro úplné autentické a souhrnné simulační řešení výuky v oborech ošetrovatelství, první pomoc a intenzivní medicína; personální zajištění výuky na interaktivních simulačních modelech“.

Literatura:

1. Bartoňková H: Firemní vzdělávání. Graa, Praha 2010.
2. Buryánek J: Interaktivní metody výuky. URL: <www.varianty.cz>
3. Der-Fa L, Zu-Chun L, Yun-Ju L: Effects of a web-based course on nursing skills and knowledge learning. *Journal of Nursing Education* 2009; 48(2): 70–77.
4. Dix G, Hughes S: Teaching students in the classroom and clinical skills environment. *Nursing Standard* 2005; 19(35): 41–47.
5. Goldenberg D, Andrusyszyn MA, Carroll I: The effect of classroom simulation on nursing students' self-efficacy related to health teaching. *Journal of Nursing Education* 2005; 44(7): 310–314.
6. Jeffries PR, Rew S, Cramer JM: A comparison of student-centered versus traditional methods of teaching basic nursing skills in a learning laboratory. *Nursing Education Perspectives* 2002; 23(1): 14–19.
7. Kant I: What is enlightenment? In: *The philosophy of Kant*. New York 1949, s. 132–134, 138–139. In: Sherman D et al.: *Western civilization. Sources, images and interpretations*. Vol. II. New York 1983, s. 52–53.
8. McNett S: Teaching nursing psychomotor skills in a fundamentals laboratory: A literature review. *Nursing Education Perspectives* 2012; 33(5): 328–333.
9. Mužik J: *Didaktika profesního vzdělávání dospělých*. Fraus, Plzeň 2005.
10. Plamínek J: *Vzdělávání dospělých*. Graa, Praha 2010.
11. Quinn FM, Hughes SJ: *Quinn's principles and practice of nurse education* (5th edition). Nelson Thornes, Cheltenham 2007.
12. Reese CE, Jeffries PR, Engum SA: Learning together: using simulations to develop nursing and medical student collaboration. *Nursing Education Perspectives* 2010; 31(1): 33–37.
13. Rydlová M, Sak P: Média v životě mládeže. Výzkumný grant MŠMT. Řešitelská instituce: Insoma, 1997, 1998.
14. Tracey R: Instructivism, constructivism or connectivism? URL: <http://ryan2point0.wordpress.com/2009/03/17/instructivism-constructivism-or-connectivism>, cit. [2013-01-10].

Mgr. Eva Marková, RN
Mgr. Jana Heczková, RN
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
1. lékařské fakulty UK v Praze



Simulátory „Beata“ (Nursing Anne) a „Oskar“ (SimMan Essential). | Foto: archiv autorek

písemné úkoly. To vše v jednom elektronickém prostředí.

Na předmět ošetrovatelské postupy následně navazuje letní stáž, kde studenti mají možnost jednotlivé výkony a postupy (a mnoho dalších) realizovat v klinickém prostředí. Pro podporu organizace letních stáží je využíváno stejné elektronické prostředí jako pro předchozí výuku. Nejedná se však o e-learningový kurz v pravém slova smyslu, spíše o nástroj, který slouží jako zdroj veškerých informací potřebných pro absolvování letních stáží a do určité míry také jako prostředek komunikace. Studenti zde nacházejí informace a odkazy na zdravotnická zařízení, kde stáže probíhají, informace o všech formálních náležitostech, které musejí být splněny před započítáním praxe, včetně aktuálního znění smluv uzavíraných s danou institucí. Dále je zde zveřejněn seznam lektorů i nabídka aktuálních termínů stáží.

Přihlašování na stáže probíhá elektronicky, student má možnost vybrat si sám konkrétní nabízený termín u konkrétního lektora v konkrétním zdravotnickém zařízení. Po přihlášení studenta na vybraný termín je systémem ihned automaticky odesláno potvrzení o přihlášení nejen samotnému studentovi, ale kopie také všem, kdo se na organizaci stáží podílejí, tedy příslušnému lektorovi, vyučujícímu, který stáže organizuje, sekretariátu ÚTPO i studijnímu oddělení, kteří pak uzavírají potřebnou smlouvu se zdravotnickým zařízením.

Vize do budoucna

Jak již bylo výše zmíněno, pro praktickou výuku jsou mimo ji-

né využívány modely získané díky rozvojovému projektu MŠMT. V rámci uvedeného projektu byl pořízen simulační model SimMan Essential a řídicí jednotka pro již dříve zakoupený model Nursing Anne. První z uvedených zprostředkovává především nácvik rozšířené kardiopulmonální resuscitace, první pomoci a dalších specializovaných výkonů a postupů neodkladné medicíny. Řídicí jednotka pro model Nursing Anne pro změnu dovoluje širší využití modelu určeného především pro nácvik odborných, popřípadě specializovaných ošetrovatelských výkonů. Využití obou modelů pro praktickou výuku proto umožňuje nácvik daleko širšího spektra výkonů a postupů, než tomu bylo doposud, v bezpečném prostředí odborné učebny ještě před zahájením praktické výuky na klinických pracovištích.

V rámci projektu proběhla také příprava několika vyučujících pro obsluhu a přípravu výukových scénářů pro oba modely. Do současné doby bylo připraveno několik scénářů pro nácvik rozšířené kardiopulmonální resuscitace a specializovaných ošetrovatelských postupů (rozšířená kardiopulmonální resuscitace při asystolické srdeční zástavě u neintubovaného i intubovaného pacienta, rozšířená kardiopulmonální resuscitace při komorové fibrilaci u neintubovaného i intubovaného pacienta, kardiopulmonální resuscitace při bezpulzové elektrické aktivitě u intubovaného i neintubovaného pacienta, hodnocení stavu a základní postupy u pacienta s akutním koronárním syndromem, astmatem, hyperkalemií...). Ty byly následně testovány během výuky speci-

alizačního studia anesteziologie a resuscitační péče, které probíhá v naší partnerské instituci a na němž mimo jiné spolupracují také někteří z našich vyučujících. Podpůrné studijní materiály byly opět připraveny v prostředí SW Moodle.

Nyní již probíhá vyhodnocování pilotní koncepce výuky. První výsledky vzbuzují jistý optimismus, neboť vyučující i studenti jsou s takto vedenou formou výuky spokojeni. První zkušenosti již byly také prezentovány formou posteru na listopadové konferenci lékařských fakult MEFANET. Probíhá proto další příprava pro zavedení tohoto způsobu výuky ve všech dříve plánovaných předmětech, tedy první pomoc a ošetrovatelství (magisterské studium v oborech Všeobecné lékařství a Zubní lékařství v českém jazyce), ošetrovatelské postupy (bakalářské studium v oboru Všeobecná sestra) a ošetrovatelské postupy v intenzivní péči (navazující magisterské studium v oboru Intenzivní péče).

Vzhledem k tomu, že uvedené modely dovolují poměrně široké využití například pro nácvik specializovaných výkonů neodkladné péče, je již nyní zvažována možnost vytvoření dalších scénářů a aplikace i pro navazující magisterské studium intenzivní péče, výuku nepovinných předmětů pro studenty vyšších ročníků všeobecného lékařství či organizaci kurzů celoživotního vzdělávání.

Závěr

Naše dosavadní zkušenosti ukazují, že vědomosti studentů získané pomocí e-learningových kurzů odpovídají úrovni vědomostí získaných během tradiční výuky. Využití elektronických prostředků však vyučujícím dovolilo daleko více se soustředit a významně rozšířit praktický nácvik nejen jednotlivých výkonů a postupů, ale také komplexního přístupu v péči o pacienta včetně rozpoznání a řešení komplikací a práce v týmu.



Nácvik kardiopulmonální resuscitace. | Foto: archiv autorek

Miloš Zeman remastered: 5 let natvrdo

Motto: Neboť obrostlo tukem srdce tohoto lidu, ušima nedoslýchají a oči zavřeli, takže nevidí očima a ušima neslyší, srdcem nepochopí a neobrábí se – a já je neuzdravím. (Matouš 13, 15)

„**A**le že jsme jim to nandali, inteligentům!“ Tato třídně nenávislná reakce jednoho *facebookera* vydá za všechny komentáře. Tím bylo vlastně řečeno vše. Přesto cítíme, že je třeba dodat ještě pár věcí. Prezidentské volby nebyly o kandidátech, ale o nás. Nebyli to přece oni, kdo podstoupil diagnostický test. Byli jsme to my. Nyní držíme v ruce svou laboratoř a rentgenové snímky. Co s tím? Kdo může, nechť jása. Sháněli jsme kvalitu, ale protože ji nepoznáme, nakoupili jsme v sekáči. K tomu mi z rádia zpívá Tomáš Klus svou řečnickou otázku: „Za co, pane Bože, za co trestáš tento prostý lid?“ No právě za tu prostotu, milý Tomáši. *Sancta simplicitas*.

Co na nás zabírá

Nicméně volba je za námi a máme se prý už soustředit jen na budoucnost. *Čo bolo, bolo*. To je nesmysl, neboť právě minulost nám osvětluje možné budoucnosti. Zkusme si vyvodit nějaká poučení, zejména k volbám 2014. Protože i jiní vyvozují. Ještě ten večer, kdy byly vyhlášeny výsledky. Jak soudruzi, tak i obskurní populisté všeho druhu už vědí: Je s námi snádně pořízeni. Brnkačka. Byli jsme zvázáni a shledání lehkými. Už se ví, co na nás většinou zabírá: primitivní nacionalismus a xenofobie, absurdní resentimenty, nejedlovské falšování dějin, virtuální kauzalita, agresivita, lži a pomluvy stokrát vyvrácené, bití pod pás s úsměvem sňatkových podvodníků, nadutost vnímaná mylně jako síla osobnosti, přisprostlost zaměřovaná za lidovost a projev toho pravého češství krve a půdy (*Blut und Boden*). Neboť mnohý z nás uvěří spíše bizarní pomluvě (je zajímavá) než holé pravdě (je to nuda). *Lež oběhne půlku světa dříve, než si pravda stačí natáhnout kalhoty*. (sir Winston S. Churchill)

Raději tak, než aby náš volič měl pocit, že z něj dělají vola. Zvláště je-li trochu paranoik. Příliš mnoho z nás tak není schopno odlišit skutečnost od fikce, podstatné od nepodstatného, relevantní od irrelevantního ani vidět sami sebe v odpovídajících proporcích a kontextu minulosti i součas-

nosti. O budoucnosti teď lépe nemluví. Jako o provaze v domě oběšenčově. No nic, vydrželi jsme Klause, vydržíme i Zemana. Nicméně taková už je demokracie, která se pokorně sklání před vůlí voličů, ať se nám jejich rozhodnutí líbí či ne. *Tak už máme, co jsme chtěli*. Což naštestí nezabavuje komentátora práva tuto projevenou vůli občanů hodnotit a vyvozovat z ní možné dopady. V žádném případě ale nechci po zemanovsku říci, že kdo volil Zemana, je idiot. Třeba má jinou zkušenost, upřímné přesvědčení či osobní vztah. To je v pořádku. Obávám se však, že u většinového voliče *en masse* hrály roli jiné mechanismy. Některé z nich, jak bylo řečeno výše, poněkud rizikové.

Velký relaps

A pojďme k ještě většímu zobecnění. Od roku 1989 jsme přes řadu vzletů a pádů prodělávali přeci jen určitý progresivní vývoj. Ten kulminoval v letech 2010–2011, a vzápětí nám došel dech. Obávám se, že toto není jedna z oněch zmíněných neplnulostí evoluce. Je to vážnější. Něco se zlomilo a my kloužeme zpět. Volba na Hrad byla jen jedním z epizodních symptomů. Příčiny choroby jsou hlubší, než by se mohlo zdát. Zažíváme éru, již bych nazval Velký relaps. To, co se povrchně jeví jako selhávání této vlády, je následek, nikoli příčina. Dojem selhávání vzniká i proto, že najednou máme mnohem přísnější kritéria. Ona ve skutečnosti až tak špatně nefunguje a personifikace do démona Kalouska je úplně pomýlená. Každý státní pokladník je v těžkých dobách nenáviděn. Kdysi bývali poslové špatných zpráv pravidelně utráceni. Lidské myšlení za staletí daleka neprodělalo takový pokrok, jak si fandíme. Ostatně, jeden z „mužů 28. října“, Alois Rašín, zemřel smrtí admirála Nelsona, totiž jako kvadruplegik po průstřelu míchy. Pachatelem byl pošahaný anarchokomunista, který si ve své rozjitřené mysli popletl následky s příčinami. Vada myš-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

lení, již dnes v této zemi trpí několik milionů rozčilených.

A proč jsme se do téhle situace dostali? Moje domněnka je, že jsme narazili na betonový strop možností sociálního smíru. A ten v postsocialistické společnosti

leží stále proklaté nízkou. Reformní potenciál je vyčerpán. Ochota pracovat na budoucnosti poklesla na nulu. Počet lidí, kteří považují normalizační socialismus za lepší režim, stoupl z pětiny na třetinu. Ztratily se zbytky důvěry: v instituce, v námi samými vybranou reprezentaci i v sebe sama. Palivo došlo a k cíli je ještě daleko. Na smůlu došlo v bouři nad oceánem. Část lidí si myslí, že pomůže, budou-li protestovat, zbytek se distancuje ve stylu: Já se jim na to vykašlu. Ani k volbám jim nepůjdu. V této atmosféře by i bilingvní cizinec a emigrant Tomáš Masaryk skončil na chvostu pelotonu prvního kola, pokud by vstal z mrtvých a kandidoval. A Václav Havel jakbysmet.

Lež jako standardní nástroj politiky

Ukázalo se, že volič honoruje drzou lež jako standardní nástroj politiky. Funguje i útok na nejnižší pudy. Vyplatí se rozmazávat řídké lejno šovinismu s archaickými a věčně bezvýznamnými tématy. Tenhle nebezpečný mentální odpad nebyl ještě zlikvidován a ekologie našich myslí je jím stále zaneřáděna. Je to naše Kosovo pole. V případě Srbsů se takový národní mýtus, správně opečovaný rukama dovedných manipulátorů, ukázal výbušným i po šesti stoletích. Ještě dnes je schopen rozpoutat bezuzdné vraždění. Tak opatrně, páni politici, neštourat se v tom jako malí kluci hřebíkem v nalezeném rezavém granátu z předminulé války.

Volba, již jsme utrpěli, je signálem. Obávám se, že startovním. Starého psa totiž novým kouskům nenaučíš. *Ale dýš vonje, paní, takovej lidovej*. A navíc většina nechce nové kousky. Chce zařadit zpátečku. Nebo někam uhnout. Bylo to všechno moc rychlé. Společenské

vědomí pokulhává za společenským bytím, učili nás v marxismu. Zdá se, že se nemýlili. Věděl to i Mojžíš a nechal na poušti vystřídat dvě generace, než zamířil k Jordánu, za nímž se rozkládala zaslíbená země *Kena'an*. Nechtěl ji znesvětit příchodem lidí se zbytky otroctví v mysli a s poruchou sebehodnocení. Čtyřicet let. Dobrá zpráva pro nevyléčitelné optimisty je, že už jsme si odkroutili více než půlku. Druhá dobrá zpráva je, že již 8. března začne *countdown* zbytku Zemanova prezidentského mandátu.

Toto pro mnohé není šťastná doba a uznávám, že pokud je někdo dlouhodobě nezaměstnaný bez šance na změnu a denně ve styku se stejně postiženými, může to zastít i samy základy logického myšlení. Pak není nesnadné dojít ke zdánlivě šílenému závěru, že nezaměstnanost způsobila tato vláda, jmenovitě ďábel Kalousek, a to schválně, jen aby týral obyčejné lidi a tím se ukájel. Je známo, že na samotce se lze docela rychle dopracovat k halucinacím a bludům.

À la barricade!

Nakonec i mnozí lékaři dospěli k obdobným nehoráznostem, přičemž bych u nich očekával větší intelektuální potenciál a frustrační toleranci. Tak třeba Milan Kubek. Ten rozesílá lékařům paličské e-maily, za které by se nemusel stydět žádný odborářský demagog. Je to drama. Zle, matičko, zle! *À la barricade!* Některé výroky jsou skutečné perly. Pokochejte se sami:

Budeme čekat, až nás ožebračí stát a převálčí řetězce, nebo se budeme bránit? Ožebračí? Už vidím Karla most a na něm jednoho žebrajícího doktora vedle druhého.

*Takzvaná reforma zdravotnictví se v podání ministra Hegera scvrkla v přehlídce dalších a dalších byrokratických povinností, jejichž plnění nás obrátí o čas i o peníze. Budeme se trpně pořizovat nesmyslným nařízením, nebo se budeme bránit? Nejasné. O co konkrétně jde? O registrace? To už je *passé*. Pozorujte, jak lze cokoli dehonestovat výrazem „takzvaný“. Kdo že to s oblibou říkal „takzvané Československo“? Vousatá rétorická figura.*

Ministr Heger a jeho vláda nás podvedli. Necháme se připravit i o to, co jsme si vybojovali, nebo se budeme bránit? My jsme si něco vybojovali? Ježíši, a co? A o co nás chce vláda připravit? Nerozumím ani zbla.

Budeme čekat, až nám ukradnou naše

praxe a nám nezůstane jiná možnost než emigrovat či škemrat o zaměstnání v nemocnici nebo u zdravotnických řetězců, kterým jde ministr Heger na ruku, nebo se budeme bránit? To je na budku. Kdo komu krađe praxi? Praxe je jako důl. Ten můžete zaplavit nebo zasypat, ale ukrást? A že by šlo ministerstvo na ruku řetězcům? Je to ověřený fakt, nebo kec?

Necháme si to všechno líbit, nebo se začneme společně bránit včas, dokud ještě není pozdě? Změnu k lepšímu si můžeme vynutit pouze silou. Pokud se přestaneme bát a budeme jednotní, pak nemůžeme prohrát! Sledujte i dramatizující klíše „dokud není pozdě“. Důležité je jít do toho silou. Bezohledně. Přes mrtvolu. Přes spáleniště, přes krvavé řeky. Planý radikalismus, stará choroba naší společnosti. Jenom se nesmíme „bát“. Provedl jsem introspekci a nezjistil jsem, že bych se bál. Nejméně od roku 1989 se nebojím. A předtím taky moc ne. Co mě se týče, může kolega Kubek klidně spát. Nechci mu přidělovat starosti. Má toho tolik...

Nepřítel se nelekejte, na množství nehleďte

Suma summarum velké rozčilení, únavné fráze o ničem a bubnování do minulých bitev. Kdyby to ale četla nějaká slabší povaha, která neví, že je to pokřivené zveličení přirozených potíží, jež musel každý za dané globální situace předpokládat, byl by z toho takový chudák na prášky. Ano, kdekoliv může mít o něco méně peněz, protože je recese. Co by to taky bylo za recesi, kdybychom dostali více? A na čí úkor? Rozum do hrsti.

Leč krom spamu je tu Milanu Kubkovi k dispozici naneštěstí i rozhlas: *A tak pan ministr je mazařský politik, a že se snaží rozeštvát lékaře mezi sebou (...)* *Pan ministr prostě se skutečně nechová jako ministr zdravotnictví. On prostě zradil pacienty. On se chová jako loajální ministr, loajální náměstek ministra financí pouze proto, aby si udržel svojí židli. A letos díky tomu bude ve zdravotnictví chybět minimálně 5, ale podle realističtějších odhadů 10 miliard korun (...)* *Prostě je třeba demaskovat ministra Hegera, pacienti musí pochopit, co je ten člověk zač, musí pochopit, že zdravotnictví pod jeho vedením se rozpadá a že lékaři nejsou nepřítel svých pacientů, že ten nepřítel nás je společný.*

Lež a hnus. Fakt chuťovka. Že se ten člověk nestydí. Nebylo by mu lépe v politice? Tak vzhůru, nepřítel se nelekejte, na množství nehleďte. Hrr na ně! Když si myslí, že nedostatečný výběr pojistného způsobil osobně ministr

Heger, muselo kolegovi něco opravdu velkého uniknout. Což třeba číst aspoň noviny. Může si jich dovolit spoustu. Za ty vynucené příspěvky...

Dojem lehce surreální

Článek z pera JUDr. Ing. Staňka, CSc., „Proměna občana Hegera v politika Hegera“ v minulém čísle (2/2013) je pak už jen slabounkým odvarem tohoto běsnění vyceněných chrupů a zařatých pěstí. Zvláštní dojem surreálnosti je však stejný:

Vidíme, že ministr Heger se zcela zařadil do praktické politiky této vlády, která všeobecně táhne ekonomiku státu ke dnu svou neuváženou restriktivní rozpočtovou politikou. Naopak, je to politika pečlivě uvážená. Ekonomové se neshodnou. Je tu i názor, že v malé otevřené exportní ekonomice nelze synteticky navodit růst. Je třeba si prostě počkat a mezitím neupadnout do dluhové pasti. Jo, kdyby byli socialisté v dobách konjunktury něco našetřili...

A tak i Leoš Heger zavádí ve zdravotnictví reformy, jejichž jediným účelem je ušetřit peníze za každou cenu. Špatně. Nemá to jediný účel a není to za každou cenu.

Reformy realizované v tomto resortu se tak řídí jedině kritériem úspor, nikoli kritériem kvality a dostupnosti zdravotní péče. A zcela v duchu trendů této vlády šetří peníze na těch nejbezbrannějších v naší společnosti, tedy na nemocných lidech. Při tom ničí dlouhodobě fungující systémy, které patří k předním na světě. Špatně. Kvalita a dostupnost se pečlivě zvažuje. „Nemocní a bezbranní“ – jak dojemné, nebýt to politický blábol. Nikdo jim ne-

chce ubližovat, hledá se jiná cesta jak pomoci. Efektivněji. Nejde tedy o ničení, ale o reformu systému, který takto už nemůže dlouhodobě fungovat a rozhodně není mezi předními na světě.

Příkladem těchto „reformních“ kroků je řada. Především zhoršování časové a místní dostupnosti péče, dále redukce akutních lůžek – i když víme, že jedním z kritérií vyspělosti společnosti je počet nemocničních lůžek na 100 tisíc obyvatel. Kromě toho ten, kdo buď sám, nebo v okruhu svých blízkých v poslední době řešil umístění do nemocnice, jistě neměl pocit, že by akutních lůžek byl nadbytek. Špatně. K žádnému zhoršování nedochází a lůžka se neruší. Počet jakýchkoli lůžek na 100 tisíc obyvatel není kritériem vyspělosti. V nemocnici se léčí, tam se neumísťuje. Umísťuje se do zařízení dlouhodobé péče a ta by právě měla být blíže lidem na úkor zařízení nadbytečných a nekvalitních akutních.

Nejvíce škody však zřejmě nadělá rušení jednotlivých oddělení, nebo dokonce snad celých nemocnic, k čemuž ministerstvo dalo zdravotním pojišťovnám v podstatě volné ruce. Ty problematiku sítě lůžkových zařízení řeší především z hlediska akutní péče, přitom je známo, že významná část pacientů nemocnic jsou ti, u nichž medicína usiluje o udržení jejich současného zdravotního stavu, ne o jejich vylčení. U těchto lidí – a jistě nejen u nich – se na záruce péče podílí i psychická pohoda, která je závislá mimo jiné na možnostech kontaktu s jejich rodinami, což je v důsledku rušení oddělení komplikované. Žádné rušení neprobíhá. Reprofilace však mohla přinést právě těmto lidem umístění blíže k domovu. Vložit významný podíl odpovědnosti za reprofilaci

ci sítě do rukou pojišoven je logické. Komu jinému? Pokud by k tomu nebyly kompetentní, pak zrušit. Na mechanické přeposlání vybraných peněz stačí jedna kancelář.

Na co máme a o čem sníme

Velkou ránu kvalitní zdravotní péči pro všechny zasadilo zavedení nadstandardů. Při prosazování tohoto zásadního průlomu do rovného přístupu ke kvalitní zdravotní péči ministerstvo hovořilo jen o několika málo položkách nadstandardní péče, jako jsou některé druhy umělých očních čoček nebo lehká sádra. Nyní se však již seznam nadstandardních položek zvýšil o další desítky a tento trend bude jistě pokračovat, až bude takzvaný standard ohlédán až na holou kost. A co bude tou holou kostí? Život zachraňující úkony. Špatně. Nadstandardy se jednak moc neujaly, jednak nikdo nic neohlodává. Nadstandard je marginální možnost, nikoli nutnost. Autor nic nepochopil a konstruuje hypotetickou obavu do budoucna. A z toho, co si vymyslel, viní vládu. Není to velká rána ani průlom, ale velký nesmysl.

Za několik let již jistě bude dotažen do konce proces rozdělení společnosti na ty, co mají peníze na kvalitní zdravotní péči, a na ty ostatní. Nejhorší na tom je fakt, že v té době už to bude většina obyvatelstva považovat za normální... Jak to ví tak jistě? A pokud, pak by to znamenalo návrat socialismu, kde to opravdu platilo. Kdyby to lidé přijali jako normu, tak prosím. V pořádku. To je demokracie. Takto bych mohl pokračovat ve výčtu kroků, kterými ministerstvo zdravotnictví likviduje kvalitní bezplatnou



Milan Kubek rozesílá lékařům paličské e-maily. Je to drama. Zle, matičko, zle! Suma sumarum velké rozčilení, únavné fráze o ničem a bubnování do minulých bitev.

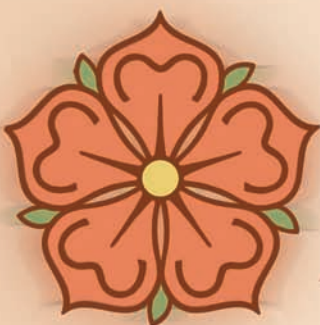
Foto: Leoš Chodura

zdravotní péči pro všechny. Špatně. Jaká likvidace? Kvalitní, bezplatná a dokonale dostupná – to je utopie, již nelze na tomto světě uskutečnit. Jeden z parametrů musí být únosně redukován. Kdo strčí hlavu do písku, musí pak neúnosně redukovat dva nebo i všechny tři.

Zvláštní místo v tomto přehledu reformních kroků jistě zaujímá významná redukce lázeňské péče hrazené ze zdravotního

pojištění. Prostě i lázně už budou především pro ty, kdo na ně budou mít. Lázně vždy a pro všechny zdarma – úžasné. K tomu každému nárok na Viagru a Mercedes. Je to blouznění. Co je na tom tak špatného, že člověk si koupí jen to, na co má? Vždyť to je prapodstata všech stávajících reforem. Jako společnost si nemůžeme dovolit to, na co nemáme a o čem jen sníme. To je přesně ta řecká past.

Inzerce A131001483



Dovolujeme si Vás pozvat na
Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu:
XVIII. andrologické sympóziem a I. feminologické sympóziem
Setkání „CECSM - Central European Collaboration on Sexual Medicine“
31. 5. – 1. 6. 2013 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 se Sexuologickou společností ČLS JEP
a Okresním sdružením ČLK Český Krumlov.

Registrace a další informace naleznete na www.medical-services.cz



Generální partner:



Hlavní partner:





Bolest je vždycky zlá, někdy je ale i splátkou za okamžiky, kterých nelitujeme

Jaroslava Sladká
Foto: Leoš Chodura

Profesoru fyziologie **Richardu Rokytovi** se téma bolesti stalo osudným již před více než 40 lety. Ve svém oboru zastává princip Popperovy břitvy – cesty k odstranění lidské bolesti totiž vedou přes nepřetržitě ověřování či vyvracení vědeckých poznatků.

Bolest podle něj může být stejně tak výsledkem fyzického poškození jako emočních faktorů. Jeho osobní zkušenost se pojí s oběma oblastmi, převládá ale spíše ta první, o níž říká, že rozhodně nevede ke katarzi a postrádá smysl. I když – noha přeražená od brankáře za pět vsítných gólů sice zatraceně bolí, je to však také nenahraditelná analgezie a nezapomenutelný zážitek...

Narodil jste se do časů ne právně vládných – devět let po kri-

zi na newyorské burze, která předznamenala Velkou hospodářskou krizi. Patrně to souvisí i s místem vašeho narození v Užhorodu...

Je to tak. Můj otec byl veterinář, promoval v Brně v roce 1933, tedy v době hluboké hospodářské krize, a chtěl získat místo na Moravě, odkud pocházela i maminka. Ukázalo se však, že jediná možnost uplatnění je na Podkarpatské Rusi. Byl tedy odeslán do místa, které se jmenovalo Velký Bereznyj, a tam pracoval od roku 1934 až do 15. března 1939. Já

se narodil v roce 1938 v nemocnici v Užhorodu a strávil v tomto kraji přesně jeden rok. Při návratu jsme měli tu výhodu, že jsme ještě mohli přejíždět přes Slovensko. Když se pak otec vrátil pro naše osobní věci, musel už jet přes Vídeň a Budapešť, protože území připadlo Maďarsku. Chtěl jsem se na ta místa znovu podívat ještě za života svých rodičů. Obstaral jsem si k tomu účelu mapy z první republiky, jenomže si mě pak zavolali na Čedok, přišlo tam několik soudruhů z SNB, vyslyšali mě a ptali

se, proč chci právě na Podkarpatskou Rus. Nakonec se ukázalo, že všechna ta místa, která jsem chtěl navštívit, jsou odpalovacími základnami Sovětské armády, a i kdybych získal povolení, musel bych odjíždět přespávat do Lvova...

Dostal jsem se tam až před pěti lety. Krajina byla krásná, přesně taková jako v Olbrachtových knihách. Ale je to pořád také stejně chudý kraj jako ve 30. letech minulého století. Táta tehdy říkal, že kráva byla téměř důležitější než člen rodiny. Proto

za její ošetření mnohdy ani nebral peníze.

Gymnaziální léta jste pak prožil v Klatovech a tehdy jste se také rozhodl pro svou profesní dráhu. Co ovlivnilo vaši volbu stát se lékařem?

Do Klatov jsme se dostali zase trochu z nouze – nějakou dobu jsme žili u rodičů mé matky na Vysočině, otec pracoval přechodně v Praze, ale stále místo dostal opět v pohraničí. Bylo to vlastně už po odtržení Sudet. Klatovy ještě ležely v Protektorátu Čechy

PŘEDSTAVUJEME

a Morava, ale když se jelo do Plzně vlakem, tedy přes Dobřany a Chlumčany, už to byly Sudety. V Klatovech jsme tím pádem zůstali a v roce 1942 se zde také narodil můj bratr.

A pokud se týká mého dalšího zaměření, v tom hrálo rozhodující úlohu, že jsem chodil s otcem po jeho případech. Jezdili jsme na příklad k porodům až do Železné Rudy. Pamatuji si, jak jsme leželi na zemi, tahali na svět rodící se zvířata a v noci pak odjížděli autem, které se muselo nahazovat klikou. Později mi tyto situace připomněla Herriotova kniha „To by se zvěrolékaři stát nemělo“. Tam jsem přesně viděl svého tátu... Rozhodně jsme já i můj bratr dospěli k tomu, že nechceme jít v otcových stopách, i když určité sklonky k medicíně tu asi založeny byly. Hodně mě pak zajímala literatura, takže jsem se dost rozhodoval – ještě u maturity mě přemlouvali, abych šel studovat filozofickou fakultu. Měl jsem také kamaráda Honzu Dolanského, jehož tatínek byl na gymnáziu profesorem hudby, hodně jsme spolu i muzicírovali. Nakonec jsme se ale právě s ním společně rozhodli, že půjdeme studovat medicínu do Plzně.

Říkáte, že jste se rozhodoval mezi medicínou, literaturou a hudbou. Jak se díváte na tak-

zvanou „cestu ke třetí kultuře“, tedy snahu o prolomení narůstajícího rozkolu mezi humanitními a přírodovědnými obory?

Ano, je to skutečně téma doby, akcentované i v časopisech typu Nature, Science nebo našem Vesmíru. Se striktním oddělováním humanitních a přírodních věd hluboce nesouhlasím. Ostatně je faktem, že řada lékařů byla dobrými spisovateli, malíři nebo hudebníky. Já sám mám hodně přátel v uměleckých kruzích a myslím si, že je přirozené občas se oprostít od exaktní vědy a přejít do duchovního rozměru.

Ale zdá se, že ta tendence k otržení bohužel spíše narůstá, nebo ne?

Ano narůstá. Vidíme, jaká je u nás diskuse mimo jiné o výuce matematiky. Podle mne je třeba ji podpořit jakožto předmět vyučující logice. My už například neměli latinu, která ten požadavek v minulosti naplňovala. Můj otec i tchán uměli latinsky a řecky. Pak šli studovat medicínu... Samozřejmě, pokud člověk má být špičkovým odborníkem, musí se specializovat ve svém oboru, ale to neznamená, že by měl být od těch ostatních zcela izolován a případně se tím ještě chlubit. Což vlastně souvisí i s tím, proč například na kongresy České lé-

kařské akademie zveme přednášející z humanitně zaměřených oborů, kde je jim věnován jeden celý přednáškový blok. Podobně tomu bylo i letos v Jeseňníku na psychofarmakologické konferenci, kde všichni se zaujetím vyslechli vystoupení profesora Otakara Antona Fundy, filozofa a religionisty, o post-Kristově epoše, dosud zahalené tajemstvím...

Pozoroval jste tento rozkol i jako vysokoškolský pedagog, působící na fakultě přes padesát let?

Pozoroval. Ale musím také říci, že se to nedá absolutizovat – v každé generaci se najdou i výborní, všestranně orientovaní studenti. Dnes ovšem obecná vzdělanost viditelně klesá a každý se soustřeďuje jen na svůj obor. Na vysokých školách se to pak projevuje tak, že se všichni snaží co nejdříve vystudovat, získat specializaci a začít vydělávat peníze. To je bohužel i v medicíně trend, který není úplně zdravý. Pokud tedy říkám, že obecná vzdělanost vysokoškoláků se snižuje, mluvim samozřejmě o průměru, do kterého vstupují stejně tak vynikající jedinci jako i ti poněkud hloupější... Gaussova křivka se tedy spíše posunuje na stranu toho horšího průměru, takhle bych to řekl.

Trendem je rovněž neobyčejný nárůst počtu vysokoškoláků. A jsou mezi nimi i ti, kteří na fakultě vůbec nepatří. Protože se platí *per capita*, máme zde spoustu lidí, kteří by tu zkrátka být neměli. Ale to je chyba systému, který něco takového umožňuje.

Vraťte se k vašemu životnímu i profesnímu putování – po Klatovech to tedy byla Plzeň, kde jste vystudoval, oženil se a zůstal dodnes. Má pro vás Plzeň nějaký *genius loci*? Miroslav Horníček říkal, že je to „předpokoj Prahy“. Jaký je váš vztah k tomuto městu?

Se svojí manželkou jsem se poznal při studiu na lékařské fakultě, stejně jako například s pozdějším profesorem Josefem Markem. Pak ovšem nastaly takové drobné přesuny – moje žena chtěla za každou cenu dělat gynekologii, ale bylo to ještě v době umístění, takže jediné možné místo bylo v Klatovech. Šla tedy bydlet k mým rodičům a já zase bydlím u jejich rodičů v Plzni. Pro Josefa Marka se rovněž podařilo získat jedno volné místo v Klatovech, ale byl velmi schopný a brzy se pak dostal do Prahy.

Jinak prvním otiskem *genia loci* jsou pro mne jednoznačně Klatovy. Dodnes jsem členem spolku Klatovan, který sdružuje bývalé absolventy tamního gymnázia s bohatou tradicí – už od dob jezuitského vzdělávacího ústavu, kdy zde působili Dobrovský, Jungmann, později Vrchlický a další významní čeští spisovatelé. Loni jsem se účastnil jeho 200. výročí a ve svém příspěvku upozornil i na řadu předních lékařů, kteří odtud vzešli a působili pak buď v Praze, nebo ve Vídni. Jako příklad lze uvést profesory Josefa Thomayera, Bohumila Prusíka nebo Maxmiliána Wenkeho. Vztah k Plzni se projevil až posléze. Bylo to dělnické město, které se mi vůbec nelíbilo, ale protože jsem v něm strávil mládí a měl tam výborné kamarády, postupně se můj postoj změnil. Na fakultě jsem založil poměrně slavný fotbalový manšaft plzeňských lékařů, se kterým jsme pak cestovali po celé Evropě a byli dokonce i v Africe. A co se týče města – po revoluci, kdy zkrásnělo celé pohraničí, Plzeň pořád zůstávala tím špinavým městem se Škodovkou. Teprve v roce 1993, v rámci oslav 700. výročí založení, proběhly zásadní opravy budov a dnes je to skutečně kvetoucí kulturní centrum. Je také pravdou, že z pohledu divadelní tradice je Plzeň takovým předpokojem Prahy, působil tu výborný

režisér Václav Špidla nebo herečka Jana Hlaváčová. Takže po fotbale jsme často chodili do Divadelního klubu.

Ale podobně tomu bylo i v medicíně – řada lidí přicházela z Prahy do Plzně a naopak. Já do Prahy přišel v roce 1982 jako vedoucí katedry fyziologie na tehdejší Lékařské fakultě hygienické UK a od té doby vlastně dělím svůj život mezi Prahu a Plzeň.

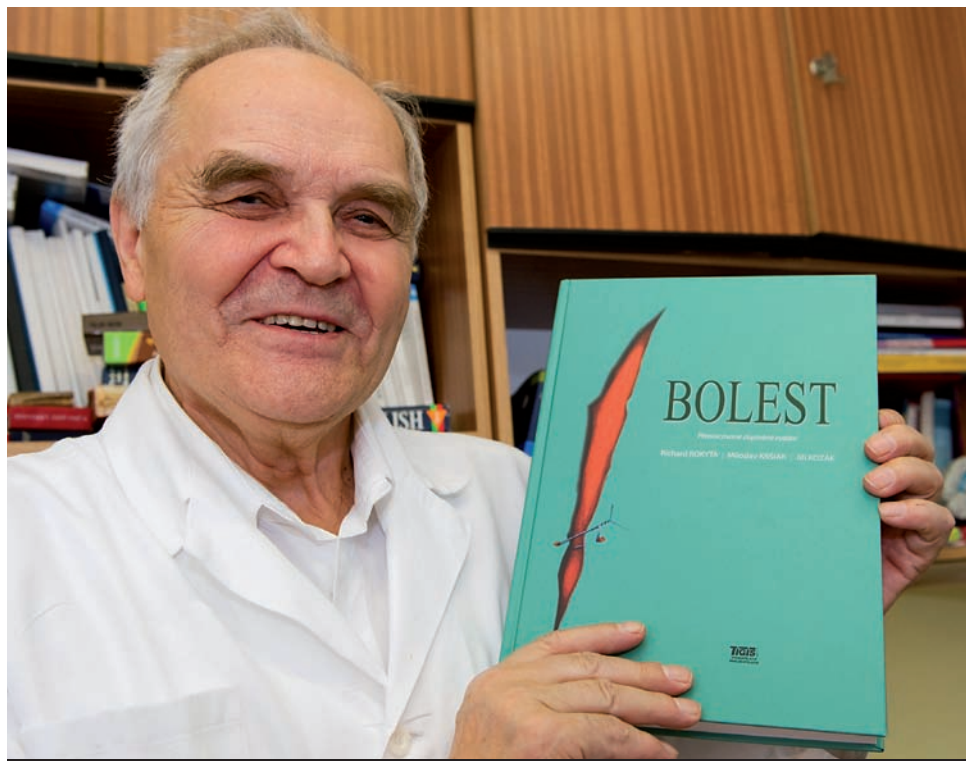
Proč jste se specializoval zrovna na fyziologii?

Byla to – jako všechno v životě – tak trochu náhoda. Pracoval jsem nejprve na interně v Plzni, kde byl přednostou profesor Karel Bobek. Přemlouval mne, abych zůstal. Pak se mi zalíbila chirurgie, ale protože vždycky nakonec vítězí charisma konkrétních osobností, ovlivnil mne tehdy mladý docent Jaromír Mysliveček, působící na oddělení patologické fyziologie. Líbilo se mi, že fyziologie vlastně vysvětluje všechny medicínské přístupy.

Jelikož se však jednalo o obor experimentální, chtěl jsem nejprve poznat i praktickou medicínu, chyběl mi styk s pacienty. Se dvěma kamarády jsme pak nějakou dobu vedli ordinaci při železniční poliklinice. V té době mi velmi pomohl můj tchán, vynikající praktický lékař. Pochoopil jsem, že z laboratoře odchází člověk uspokojený maximálně třikrát do roka, zato pokud například odstraní pacientovi absces, nastává to uspokojení okamžitě... I přesto mě nakonec výzkum zaujal víc.

Na přelomu 20. a 21. století fyziologické obory prošly změnami – především se definitivně oddělila farmakologie, zůstala fyziologie a patologická fyziologie. Můžete specifikovat dnešní poslání tohoto oboru?

K těm změnám došlo už mnohem dříve. Definitivně se farmakologie oddělila v 50. a 60. letech minulého století. Je to prakticky jeden pokračující obor – fyziologie se zabývá ději ve zdravém organismu, nadneseně lze říci, že je to klinika zdravého člověka, kdežto patofyziologie se zabývá nemocným člověkem. Ale vlastně to plynule navazuje, protože musíte vědět, jak vypadá norma. A právě jednou z nejtěžších věcí v medicíně je určit, co je ještě normální a co už patologické. Máme sice různé *guidelines*, ale každý člověk je individuální bytost. Snažíme se do lékařství vnést vědu, je to však vždycky nakonec také trochu empirický obor. Medicínu se učíte celý život, ►



Medicínu se učíte celý život, a když se ji naučíte, umřete.

a když se ji naučíte, umíte. Zkušenost je, jak známo, málo sdílitelná, každý si ji musí projít sám. Je sice do určité míry přenositelná, ale spíše nepřímo – například až po vlastní chybě si uvědomíte, že ten či onen to vlastně kdy si říkal...

Můžeme se dočkat ještě nějakých překvapení v poznávání funkcí lidských orgánů? Kde například teď dochází k největšímu posunu?

Určitě ano. Nejvíce se rozvíjí neuropatofyziologie mozku, na kterou se dnes zaměřuje 60% medicínského výzkumu. Stále poznáváme jak optimalizovat funkci mozku, zjišťujeme, jak se člověk učí, jak je to se spánkem, a patří sem pochopitelně i oblast odkrývání různých duševních chorob. Každé další poznání ovšem rozvíje nějaké nepoznání...

Jsou to tedy především snahy o „opravení“ nesprávně fungujícího mozku, který je samozřejmě jediným netransplantovatelným orgánem... ?

Transplantaci lidského mozku nepůjde uskutečnit nikdy, ale například přenos kmenových buněk je už realitou. I když otázka přenosu mozku vypadá absurdně, je poměrně častá a v určitém smě-

ru zase není tak úplně nesmyslná – alespoň u zvířecích modelů. Pokud se u člověka přeruší mícha, nelze samozřejmě jeho vysoce specializovaný centrální nervový systém obnovit, ale například u laboratorních krys existují úspěšné pokusy, při nichž byla prokázána určitá funkční kompenzace míšního přerušení. Ovšem ani tady rozhodně nelze mluvit o regeneraci.

Léčba bolesti u nás nemá příliš dlouhou tradici. Proč jste se rozhodl vydat tímto směrem? Já se pro ni nerozhodl tady, ale ve Francii. Měl jsem to štěstí, že jsem se díky již zmíněnému Jaromíru Myslivečkovi dostal na francouzské pracoviště – do Institutu Étienne-Julese Mareyho k paní profesorce Denise Albe-Fessardové, která pak byla první předsedkyní Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP), založené v roce 1975. Také její manžel Alfred Fessard patřil k nejvýznamnějším neurofyziologům první poloviny 20. století – mimo jiné se podílel na objevu synaptického přenosu.

To tedy bylo velké štěstí, protože ve zmíněném institutu, což bylo společné pracoviště přírodovědecké fakulty CNRS a INSERM, tehdy pracovali všichni význam-

ní neurovědci z celého světa zabývající se fenoménem bolesti. Já tam původně přišel studovat vývojovou neurofyziologii, což tehdy byla česká specialita, ale postupně jsem přešel na výzkum bolesti, u kterého jsem zůstal dosud. V Plzni a později i Praze jsem pak po vzoru pařížského pracoviště vytvořil laboratoř pro snímání elektrické aktivity jednotlivých mozkových a míšních buněk.

Je pravda, že i dnes – přes veškeré medicínské pokroky – stále ještě mnoho lidí trpí zbytečnými, tedy krutými bolestmi? V čem vidíte hlavní problém?

Samozřejmě dnes největší problém představuje bolest chronická. Podle statistik ve vyspělých zemích postihuje v průměru každého třetího člověka. V některých zemích, kde jsou vedeny důsledné statistiky, jako například ve Spojených státech amerických, se uvádí, že dlouhodobou bolestí trpí dokonce až 50 procent populace. Tvrdí se, že když poznáte příčinu chronické bolesti, lze ji až v 90 procentech vyléčit. Domnívám se ale, že je to příliš optimistické tvrzení.

Velký pokrok například nastal v léčbě průlomové bolesti u onkologických onemocnění. Objevily se léky, které působí během 3 až 5 minut a vkládají se pod jazyk nebo je lze aplikovat do nosu, takže u lidí, kteří nemohou polykat, je to skutečné požehnání. To je ovšem oblast akutní exacerbace chronické bolesti. Zásadní problém však představuje správné rozpoznání bolesti – tedy její diagnostika a následně pak volba adekvátní léčby. Bohužel je edukace lékařů v tomto směru stále nedostatečná a myslím, že se podceňuje. Navíc u nás přetrvávají určité předsudky, zejména v podobě „opioidofobie“.

Obava z opioidní medikace tedy naprosto není na místě?

Opioidy samozřejmě mají různé vedlejší účinky, které se ovšem přehánějí. Asi tím nejhorším je abstipace, kterou už však lze řešit farmakologicky. Dalším je útlum dýchacího centra, který ovšem vzniká jen ve 12 procentech u dětí po podání velkých dávek. Třetím nežádoucím účinkem je návyk, ale lidé, kteří berou opioidy pro potlačení bolesti, se pak této závislosti zbaví. Například v USA nebo Austrálii dávají starším lidem s onkologickým onemocněním běžně domů infuzní opioidy. U nás na toto téma před několika lety proběhla diskuse na ministerstvu zdravotnictví a jejím výsledkem bylo



konstatování, že kdybychom zvolili uvedený postup, vnuci těchto seniorů žádnou opioidy používat nitrožilně. Nevím, jestli jsou naši vnuci jiní než ti američtí...

Další bariérou pro větší využití indikovaných opioidů představuje fakt, že u nás v širším kontextu všichni procházejí ordinací praktického lékaře. Ten musí v případě jejich preskripce žádat o zvláštní recept a to pro něj znamená administrativní překážku. Takže naše země patří dlouhodobě ve spotřebě opioidů (což je jedním z kritérií účinnosti léčby bolesti) do poslední třetiny v Evropě. Nutno dodat, že v nemocnicích je už tato léčba využívána dostatečně a korektně, ale v širším kontextu rozhodně ne.

K častým otázkám také patří, jak je tomu s prožíváním bolesti mužů a žen.

U obou pohlaví jsou skutečně velké rozdíly, dané především tím, že ženy mají nižší práh bolesti, to znamená, že je to začne bolet dřív; muži mají vyšší práh bolesti, bolest u nich tedy nastoupí později. Různé se s tímto fenoménem také vyrovnávají. Jsou látky, které si naše tělo samo vyrábí na ochranu proti bolesti, jedná se o endogenní opioidy – endorfiny a enkefaliny. Ženy mají

vyšší hladiny těchto hormonů, které se uvolňují například při porodu. Obecně jsou na bolest více trénované, například pravidelnými menstruačními cykly. Existuje rovněž řada bolestivých stavů, kterými trpí téměř výhradně ženy – například bolesti tempo-mandibulárního kloubu nebo fibromyalgie. Mají tedy i jiné spektrum bolestí a vedle toho se u nich častěji vyskytuje deprese, která s bolestí úzce souvisí.

Obecně lze tedy konstatovat, že ženy mají nižší práh bolesti, více je to bolí, ale s tímto stavem se vyrovnávají lépe než muži. Jako příklad lze uvést klasickou chřipku – žena si jde sama uvařit čaj a vezme si aspirin, muž musí být obskalkován, přestože ho to bolí méně. Určitě tu působí i sociální povědomí, které zcela nesmyslně diktuje, že ženy zkrátka musejí vydržet víc, protože jsou na to přece biologicky trénované...

Z výše uvedeného vyplývá i velmi důležitý terapeutický poznatek – bolest u mužů a žen by se měla léčit odlišně. Ukázalo se například, že morfin působí daleko silněji u mužů, ale je zde rovněž řada dalších odlišností ve farmakologických profilech. Opět tedy nelze než zopakovat, že *guidelines* jsou jistě potřeba, ale představují jen zprůměrovaný ideál.

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

* 19. ledna 1938 v Užhorodu

V roce 1961 zakončil studia na Lékařské fakultě UK v Plzni a po absolvování dalších doktorských studií se v roce 1991 stal profesorem pro obor fyziologie a patologické fyziologie. V letech 1990–1997 zastával funkci proděkana a statutárního zástupce děkana 3. LF UK v Praze. Od začátku 90. let až do roku 2009 byl přednostou Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK Praha, kde dosud působí.

Je významnou osobností české i světové fyziologie. Jako neurofyziolog se zabývá bolestí a její projekcí do různých mozkových struktur, ale i možnostmi její diagnostiky a léčby. Založil také časopis *Bolest*, kde je dodnes šéfredaktorem. Současně je členem redakčních rad několika impaktovaných časopisů. Má za sebou bohatou publikační činnost, je autorem více než 500 publikací a vědeckých sdělení, včetně učebnic a skript vztahujících se k výuce fyziologie, patologické fyziologie a bolesti. Z těchto oborů také přeložil významná díla z angličtiny, francouzštiny a němčiny. Je hlav-

ním editorem první české učebnice algeziologie – „Bolest“; tato monografie získala Cenu rektora UK za nejlepší vědeckou publikaci a loni se dočkala druhého vydání.

Odrázem jeho kladného vztahu k Francii je podíl na vzniku Asociace českých frankofonních lékařů ČLS JEP, v níž působil sedm let jako místopředseda, nebo vydání skript „Lékařská francouzština“ a učebnice „Francouzština pro lékaře“.

Je známý také jako organizátor domácích a zahraničních kongresů – od roku 1968 do roku 2011 se podílel na přípravě celkem 26 odborných akcí. Je aktivním členem více než deseti českých a mezinárodních odborných společností. Od roku 2011 stojí v čele České lékařské akademie.

Z celkem dvaceti vědeckých a společenských ocenění, která obdržel, patří k nejvýznamnějším Zlatá medaile České lékařské společnosti J. E. Purkyně nebo Charvátova cena Nadace Paula Janssena.

Je ženatý, má dva syny a čtyři vnoučata.

PŘEDSTAVUJEME

Bolest má mnoho podob. Říká se, že řada umělců se přes ni propracovává ke svým vrcholným dílům. Věříte v tuto „katarzní“ sílu?

Nevěřím. Může jít snad o určitý *after* efekt, tedy reakci člověka na to, že se bolesti zbavil. Co se týče umění, řekl bych spíše, že bolest pouze evokuje určitou náladu. Máme sice slovní definici bolesti, ale nejlépe ji skutečně popisují umělci. Když se podíváme na středověk – díla zobrazující utrpení Krista, mučedníků, apoštolů, to všechno jsou vlastně dokonalá podobenství bolesti. A zrovna tak hudba – Dvořák, Smetana, Mozart, Beethoven. Z druhé strany ovšem tito mistři dovedli stejně silně vyjádřit radost. Takže si myslím, že nějaké hodnotě dá vždycky vzniknout především velmi silná emoce. Já osobně nejvíce obdivuji skladatele, kteří i po ohluchnutí slyšeli hudbu ve své duši – tedy Beethova či Smetanu. Někde v mozku patrně museli mít zafixovanou určitou „fantomovou hudbu“. Je známo, že fantomová bolest je bolest orgánů, které člověk buď ztratil, nebo je dokonce ani nikdy

neměl. Musí tedy existovat určitá bolestivá matrix, jež se fixuje v mozkové kůře zřejmě už v období embryogeneze. A myslím si, že tak to mohlo být i s muzikou. Samozřejmě jsou známa díla, kterými jejich autoři reagovali na určité smutné životní prožitky – to je příklad Dvořákovy „Stabat Mater“ nebo Šostakovičovy „Leningradské symfonie“, kdy se nepochybně jedná o výraz velké duševní bolesti. Co se týče té fyzické, řadu velikánů v minulém století klátila syfilis... Bedřich Smetana podle profesora Emanuela Vlčka trpěl zvláštním druhem této nemoci; na rozdíl od Beethova, u něhož se jednalo o centrální mozkové postižení, měla jeho hluchota příčinu v syfilitickém postižení ušních kůstek.

Za nejslavnějšího pacienta s progresivní paralýzou následkem syfilis je považován Lenin. Jeho diagnóza ovšem podle některých zdrojů byla posléze zpochybněna. Existují tedy nějaké důkazy?

Z mých informací vyplývá, že ano. Přesvědčil mě o tom právě profesor Fessard.

Lenin byl jak známo dva roky v kómatu, takže Stalin mezitím stačil zničit jeho slavnou závěť, v níž byl na nejvyšší stranický post favorizován Trockij. Po Leninově smrti proběhla pitva, které se ruští lékaři báli, protože jim ze známých důvodů hrozila smrt. Byli k ní tedy přizváni patologové z celé Evropy. K neznámějším patřil profesor Oskar Vogt z Berlína.

Když otevřeli mozek, v polovině byla díra – jednalo se o takzvaný gumózní mozek, což potvrzuje diagnózu progresivní paralýzy. Rusové se původně chystali vytvořit Institut mozga V. I. Lenina, kde měl být geniův mozek vystaven, ovšem po uvedeném zjištění jej přejmenovali na Institut mozga imeni V. I. Lenina...

Odebraly se tedy vzorky a sklíčka s kultivací si pak odvezli ti, co jeli do Evropy. Profesor Vogt byl v Brestu Litevském kontrolován, zda nevezve nějaké mikročipy, a polovina preparátů mu byla zabavena. Díky prozřetelnosti si je však rozdělil do různých zavazadel a některé předal i svým kolegům. Čtyři sklíčka dal také profesorovi Fessardovi. Dvě z nich

jsou dodnes k vidění v muzeu Étienna-Julese Mareyho.

Myslím si tedy, že Rusové závěť pitvy zkreslili. O tom, že Lenin měl progresivní paralýzu, ostatně svědčí i jeho agrese. Z povinných seminářů marxismu-leninismu mám zafixováno, jak každého ve svých dílech neustále napadal...

Ani sport, vaše největší radost, není bezbolestný. Stálo vám to za to?

Ano. Musím říci, že když mě zřízenec vezl temnými chodbami na operaci se zlomenou nohou, kterou mi přerazil brankář při slavnostním utkání lékařů na pouti u Domažlic (patrně jako satisfakci za můj pátý gól...), říkal jsem si, jestli mi to opravdu stálo za to. A odpověděl jsem si, že ano.

S bolestí bojujete vlastně i jako trojnásobný rytíř. Na základě čeho jste byl pasován?

Dlouho jsem působil jako sekretář Francouzské fyziologické společnosti a titul Rytíř akademických palem mi předal předseda vlády Francouzské republiky za příspěvek k rozvoji francouzské

kultury a vědy. Ten další jsem obdržel od svých kolegů ze Slovenské společnosti pro studium a léčbu bolesti – jsem tedy Rytířem řádu bojnického hradu.

A poslední také souvisí s Francií, méně už s medicínou – propracoval jsem se na Rytíře degustování Armagnacu. Do Gaskoňska jsme se tehdy dostali s basketbalovým týmem. Pro získání tohoto titulu musíte během půl hodiny vypít čtvrt litru Armagnacu, což zase není tak složité, pokud k němu jíte kvalitní sýr, navíc je to opravdu skvělý nápoj.

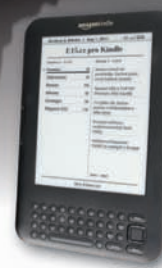
Lékařská tradice ve vaší rodině je nepřehlédnutelná. Nezvažujete založit vlastní sanatorium?

V rodině je nás celkem devět lékařů – já, manželka, oba synové a jejich manželky. Pak můj bratr i jeho manželka – ti mají dvě dcery, jedna z nich je zubařka a pouze ta druhá je profesorkou češtiny a angličtiny a učí u nás na fakultě cizince češtinu. Ta jediná se vymkla. Teď je vlastně ve 4. ročníku na lékařské fakultě i můj vnuk Kryštof, který tak završuje desítku. Máte pravdu, mohli bychom si skoro založit sanatorium...

Inzerce A131001963

Podívejte se světu ekonomiky do očí!

KDEKOLIV



MLADÁ FRONTA
E15

tisk - internet - iPad - iPhone - Kindle - Windows Phone 7

mf
MLADÁ FRONTA

Therese Schwarzenbergová

– lékařka a kněžna se železnou vůlí

Manželství s Therese Schwarzenbergovou a možnost, že by se tato cizinka neznalá češtiny, navíc dcera čelného rakouského nacisty, stala první dámou České republiky, patřily v průběhu kampaně před historicky první přímou volbou hlavy státu mezi osudné okolnosti, jež nakonec přivodily porážku Karla Schwarzenberga a do prezidentského křesla vynesly jeho rivala. Podrobnější pohled na fakta však ukazuje, že obraz doktorky Schwarzenbergové byl tendenčně zmanipulován a údaje o jejím životě účelově vytrženy z kontextu. Pochopitelně – napsat, že kníže Karel uzavřel sňatek se ženou železné vůle, lékařkou a filantropkou, která nezištně podporovala české zdravotnictví, by pravděpodobně nevyvolalo kýžený propagandistický efekt.

Therese Schwarzenbergová se narodila roku 1940 ve Vídni do starobylého hraběcího rodu Hardegků. Zná má historii této štyrské šlechtické rodiny sahá až do 15. století. Jakkoli jsou dnes považováni za rod rakouský, jejich minulost je úzce spjata také s Moravou. Hrad Hardeg, který koupili krátce před tím, než roku 1495 získali dědičný hraběcí titul, stojí na samé rakousko-moravské hranici. V průběhu staletí měli Hardegové (česky Hardekové) postupně v držení jako léna Koruny české například panství Letovice nebo Hrušovany nad Jevišovkou. Therese patřila mezi atraktivní dívky. Měla husté tmavé vlasy a štíhlou postavu. Studovala na prestižních školách v Rakousku a ve Švýcarsku. Velmi milovala přírodu a vyhledávala každou možnost k pobytu venku. Byla zvyklá na každodenní pohyby – jezdila na koni, věnovala se horolezectví, výborně lyžovala... Sport patřil mezi její hlavní záliby, sportovní náruživost jí později dokonce vynesla přezdívku *fast woman* (rychlá žena). Rovněž ve společenském kontaktu byla obratná a pro svou živelně veselou povahu velmi oblíbená. Dalšími z výrazných charakterových vlastností Therese, hraběnky z Hardeggu na Kladsku a v Machlandu, jak zní její plné rodné jméno, byly tvrdohlavost a ctižádost. Obě tyto vlastnosti musela použít, aby si proti vůli otce prosadila studium medicíny. „Kdo si myslíš, že se půjde léčit k hraběnce?“ namítal otec. Therese se ale nedala odradit, nastoupila na lékařskou fakultu Vídeňské univerzity a roku 1966 úspěšně odpromovala jako doktorka všeobecného lékařství.

Složité cesta k oltáři

Sňatek, který v dubnu 1967, rok po promoci, uzavřela s knížetem Karlem Schwarzenbergem, byl vyústěním komplikovaného

desetiletého vztahu. Snoubenci se poprvé setkali roku 1957 na koktejlu pořádaném ve Vídni rodinou Traunových. Byla to jedna ze společenských akcí, které mladým aristokratům poskytovaly příležitost najít si stavovskými přiměřené životní druhy. Zatímco ze strany ostýchavého devatenáctiletého intelektuála Karla se jednalo o lásku na první pohled, o dva roky mladší studentku medicíny Therese Amorův šíp napoprvé netrefil a kníže o ni musel dlouho usilovat. Přestože se jí dvořil, zamílovala se podle svých slov teprve o 9 let později. Kníže Karel musel vynaložit značné diplomatické schopnosti také na to, aby získal souhlas své rodiny ke sňatku s Therese. Rod Schwarzenbergů mohl zpětně doložit 16 generací urozených předků a řadil se tak mezi vysokou evropskou šlechtu s nejlepším původem. To knížete Karla jako dědice rodového jména a majetku opravňovalo ucházet se o nejurozenější nezadané nevěsty, například o princeznu belgickou, dánskou, řeckou, holandskou či o pozdější španělskou královnu Sofii. Jak upozorňují životopisci, on sám nikdy nezpochybnil záměr oženit se se šlechticnou, neboť si dobře uvědomoval, jakou zodpovědnost ponese nejen on, nýbrž i jeho žena, a vyvodil z toho, že takový život pochopí spíš někdo ze stejných kruhů.

Rod Hardegků, jehož krev kolovala v žilách Therese, však nejen že nebyl knížecí, ale navíc byl poznamenán nacistickou minulostí Theresina otce. Johannes Hardeg skutečně patřil mezi přední rakouské nacisty. K přívržencům Adolfa Hitlera se počítal od roku 1930 – už v době, kdy NSDAP byla v Rakousku ještě nezákonnou organizací. Později docházel do přísně říjského Německého spolku, a dosáhl dokonce hodnosti *führera* SA. Sama hraběnka Therese se však v dospělosti od nacistu jednoznačně distancovala.



Svatba s Karlem Schwarzenbergem v rakouském Seefeldu v roce 1967

Protiklady v manželství

Svatební fotografie z dolnorakouského Seefeldu, kde se v dubnu 1967 vzali, patří mezi nejčastěji publikované společné snímky knížecího manželského páru. Therese v jednoduchých bílých šatech s dlouhou krajkovou vlečkou, diamantovým diadémem ve vysokém účesu a starou rodinnou modlitební knížkou namísto kytice, Karel v jednoduchém tma-

vém fraku s vázankou. Na svatební fotografii působili jako harmonický pár. Soužití ovšem ukázalo, o jak rozdílné osobnosti se v jejich případě jedná a že vzájemná souhra vyžaduje oboustranné kompromisy. Kníže Karel nikterak nesdílel sportovní vášně své ženy, kněžna Therese zase nebyla typem vhodným pro kavárenskou diskuse, které po nocích s oblibou vedl její manžel.

Nejkrásnější roky společného života prožili na zámku Obermura, jednom ze starých schwarzenberských rodových sídel, nacházejícím se ve štyrské vesnici Murau. Zde se jim hned krátce po svatbě narodily dvě děti – roku 1967 syn Jan Nepomuk Ondřej a o rok později dcera Anna Karolina. MUDr. Therese Schwarzenbergová si našla místo v zemské nemocnici v nedalekém Stolz-Alpe a začala pracovat jako praktická lékařka. Když však roku 1974 ukončila činnost v tomto oboru, neznamenalo to konec její lékařské dráhy.

Příklon k osobnosti medicíny

Už na univerzitě ji zajímala celostní medicína a homeopatie, které se nyní začala věnovat s větší intenzitou. V letech 1981–1983 své vzdělání v tomto oboru podpořila postgraduálním studiem homeopatické medicíny. Absolvovala jej u profesora Mathiase Dorcsiho, primáře oddělení fyzické medicíny a rehabilitace ve vídeňské předměstské nemocnici Lainz, zakladatele vídeňské homeopatické školy. V roce 1983 si pak otevřela vlastní homeopatickou praxi. „Až mnohem později jsem pochopila, že homeopatie je osobnostní lékařství, kdy je nutno pojímat nemocného v jeho jedinečnosti a poznat jeho individualitu,“ napsala v 90. letech v autobiografické knize, v níž popisuje i svůj přerod z klasické lékařky v přesvědčenou zastávkyni alternativní medicíny.

Roku 1988 bylo manželství Therese a Karla Schwarzenbergových rozvedeno. Osud partnerského vztahu zpečetil fakt, že syn Karel Filip, který se narodil roku 1979, vyšel z mimomanželského vztahu a jeho biologickým otcem byl rakouský průmyslník a politik Thomas Prinzhorn. Manžele však spolu navzdory rozvodu udržovali těsný kontakt a zůstali blízkými přáteli.

Z lékařky pacientkou

Když si Therese Schwarzenbergová za svou profesní cestu vybrala medicínu, neměla tušení, jak moc pozná tento obor zblízka i jako pacientka. Nejnáročnější životní zkouškou měla teprve projít. V prosinci 1992 utrpěla v alpském Turachu, kde trávila s dětmi vánoční svátky, při lyžování těžký úraz. K pádu došlo na sjezdovce Kornoch, jediném příkrém svahu v okolí, který však kněžna důvěrně znala. „Nejela jsem ani příliš rychle, ani zvlášť riskantně,“ popisuje v autobiografii, „jenom jsem prostě při druhém obloučku nahoře na svahu ztratila lyži, zakopla o vlastní nohu a padala po hlavě dolů. Zřítela jsem se přibližně o 50 až 60 metrů. Během pádu mi problesklo hlavou, že zbylou lyži musím bezpodmínečně dostat pod sebe. Myšlenka to byla jistě správná – ale jen se mi to podařilo, zaryla se lyže do boule, tím mě vyhodila do vzduchu a mrštila na zledovatělý protisvah. Narazila jsem šíjí a projela mnou strašlivá bolest... v celém těle jsem vnímala podivně bzučivý zvuk, tělo samotné jsem však už necítila. Věděla jsem, že jsem ochrnutá.“

Výzva k rezignaci

Při vši smůle měla i kousek štěstí. Pilotovi záchranné helikoptéry se podařilo v náročném horském terénu přistát přímo na sjezdovce, a tak již dvě hodiny po pádu mohli chirurgové úrazové nemocnice v Klagenfurtu provést první operaci, při níž extendovali krční páteř a zafixovali ji do korzetu. První diagnóza ovšem byla zdrcující: přerušená mícha mezi pátým a šestým krčním obratlem. „Jako lékařka víte, co to znamená,“ oznámili jí doktoři na jednotce intenzivní péče, „a čím dříve se smíříte s tím, že zbytek života strávíte na lůžku nebo nanejvýš na vozíku, tím lépe pro vás.“ Žena, pro kterou tolik znamenal neustálý pohyb, měla náhle vyhlídku, že po zbytek života bude kvadruplegikem, bezpodmínečně odkázaným na cizí pomoc. Celé její tělo ochrnulo, hýbat mohla pouze hlavou a nepatrné zbytky hybnosti zůstaly v jednom z předloktí. Byla napojena na umělé dýchání, srdce jí tlouklo nepravdělně, ledviny nefungovaly dostatečně. „Nechtěla jsem nic jiného, než aby mě utěšovali. Přála jsem si, aby mi hledili ruku a dodávali mi odvahy,“ přiznává v autobiografii kněžna. „Myslím, že každému nemocnému je třeba dodávat odvahy. Výzva, aby se pacient smířil s osudem, je výzva k rezignaci. Lékař, který vy-

zve pacienta, aby rezignoval, je cynik a cynismus nemá v medicíně co pohledávat.“

Dlouhá cesta naděje

Už druhý den byla letecky transportována do kantonální nemocnice ve švýcarském St. Gallenu na další operaci, kterou provedl světově uznávaný odborník na chirurgii páteře profesor Fritz Magerl. Při této operaci byl zlomený pátý krční obratel fixován titanovou dlahou a krční páteř stabilizována. „Zcela určitě mi tam zachránili život, a přece je vzpomínka na ony dny tak hrozná, že bych na ně nejradši úplně zapomněla,“ píše Therese Schwarzenbergová.

Deset dnů po úrazu byla pacientka přemístěna do vídeňské nemocnice Lorenze Böhlera, kde ji vyšetřil i přední rakouský neurolog profesor Franz Gerstenbrand. Jeho diagnóza – Brown-Séquardův syndrom, tedy poškození jedné poloviny míchy – byla méně ultimativní a dávala naději, že ochrnutí by nemuselo být totální. Upozornil také na metodu neuromuskulární terapie pomocí elektrošoků zaváděných do svalstva, kterou v texaském Houstonu provádí lékař srbského původu Milan Dimitrijevič. Metoda, vyvinutá původně v Lublani, slouží k zastavení atrofie svalstev a perifernímu dráždění nezbytnému pro regeneraci nervů.

Když doktor Dimitrijevič druhého dne přijel do Vídně a prominentní pacientku detailně vyšetřil, kněžna Therese poprvé slyšela, že vyhlídky na její rehabilitaci jsou pozitivní. O několik dnů později dorazila z Houstonu Dimitrijevičova manželka Meta a zahájila terapii. „Na ruce mi navlékla dvě rukavice z jemné ocelové sítky a připojila je na dvě elektrody, které spojila malým, velmi šikovným strojíčkem,“ popisuje MUDr. Schwarzenbergová. „Pak pasivně pohybovala mýma rukama. Dělal to denně po několik hodin. Po několika sezeních se mi začal hýbat palec a ukazováček levé ruky.“

Nezlomné úsilí

Rozdíl mezi rakouským a americkým pojetím rehabilitace kněžnu přiměl, aby vzdor své momentální nepohyblivosti podstoupila náročný přesun do Houstonu. Rehabilitací u doktora Dimitrijeviče na oddělení restorativní neurologie a lidské neurobiologie strávila 2,5 měsíce. Cvičila s maximálním nasazením. „Provozují denně trénink svalů tak často a tak dlouho, dokud nedosáhnou výkonnostní meze,“ napsala. Ob-



Foto: Tomáš Kríst

jevila v sobě mimořádnou vůli, kterou dodnes považuje za jeden z klíčových předpokladů svého uzdravení.

Bolestivé mnohahodinové rehabilitace, jejichž několikátýdenním výsledkem byly leckdy pokroky pro ostatní lidi stěžejí viditelné, opakovaná zklamání z vlastní nemohoucnosti a ponižující selhávání v základních sebeobslužných úkonech se podepsaly na jejím psychickém stavu. „Celé týdny jsem se chovala jen jako obtížná, na pomoc zcela odkázaná pacientka, nikoli jako poučená, tedy vyrovnaná doktorka. Mé lékařské znalosti mi pomohly pouze v tom smyslu, že jsem věděla, že v medicíně se stále znovu stávají věci, které člověk zpočátku pokládal za vyloučené,“ připouští zpětně MUDr. Schwarzenbergová. Navzdory dílčím nezdarům byla na konci svého houstonského pobytu schopná s malou cizí pomocí vstát a ujít pár kroků od postele k vozíku či od vozíku k autu. Na to, že při zpátečním letu do Vídně cestovala vsedě, byla patřičně hrdá.

Nový začátek

Přestože v tuto chvíli již nebyla zcela ochrnutá, stále byla odkázaná na cizí asistenci. Do domácího prostředí se vrátila půl roku po úrazu, jak daleko však v té době měla ke skutečnému uzdravení, dokumentují některé záznamy z jejího deníku. „Dnes byl

velmi dobrý den. Podařilo se mi posadit se v posteli,“ zapsala si v polovině listopadu 1993, deset měsíců po úrazu. „Dnes jsem si poprvé přetáhla tričko přes hlavu. Sním o tom, že si ho jednou sama obleču úplně,“ zaznamenala o dva týdny později.

Během léčení využívala všechny možnosti, které se jí naskývaly. A nebyla to jen otázka peněz, díky nimž si mohla dopřát péči věhlasných světových odborníků. K nelibosti četných klasických lékařů sahala i po alternativních metodách, například mesmerismu, léčbě heliovým laserovým přístrojem či akupunktuře. Každodenním několikahodinovým cvičením, které přes svůj věk podstupuje dosud, se postupně posunovala k normalitě a roku 1994 již začala uvažovat nad svou další prací po zvládnutí rehabilitace. „Netrápí mě žádná zvláštní netrpělivost, daleko více mě zaměstnává otázka, jak bych si měla rozumně uspořádat tento tak změněný život... Své povolání vykonávat nemohu,“ uvedla v autobiografické knize, která vyšla roku 1995.

Filantropie a podpora zdravotnictví

Na veřejnosti se Therese Schwarzenbergová po úrazu poprvé ukázala v květnu 1994 v Praze. Charitativní organizace Medical Helpline Foundation, kterou kněžna spoluzaložila, věnovala

motolské nemocnici dětskou dialyzační jednotku, jejíž slavnostní uvedení do provozu se MUDr. Schwarzenbergová, tehdy ještě o berlích, zúčastnila.

Filantropie a podpora rozvoje zdravotnictví se stala jednou z jejích nových tváří. Prostřednictvím své charitativní organizace financovala pobyty řady českých lékařů na odborných stážích v zahraničí. Vzala si rovněž patronát nad zanedbanou nemocnicí v Keni, kterou pomohla zmodernizovat a posílá tam rakouské lékaře. „V tamním kraji mají obrovské zdravotní problémy,“ komentovala pro média důvod své africké charity.

Vlastní zkušenost z doby úrazu přiměla Therese Schwarzenbergovou, aby se hlouběji zabývala souvislostí mezi lidskou psychikou a nemocí. Roku 2001 vydala knihu „Krebs, heilende Krankheit“ (Rakovina, vyléčitelná nemoc), v níž podporuje myšlenku, že rakovina má psychický původ a má se léčit především odstraněním konfliktu, který ji způsobil – spíše než chemoterapií či skalpelem.

V srpnu 2008 se Therese Schwarzenbergová podruhé vdala za knížete Karla, s nímž nikdy nepřerušila těsné kontakty. „Rozvod byl potřebný,“ vysvětlovala tento svůj krok, „ale nám oběma bylo od začátku jasné, že spolu jednou zase budeme schopni žít.“

KONÍČEK LÉKAŘE

Eskymák s rovnátky

Stomatolog MUDr. Ondřej Suchý se specializuje na rovnátka. Rozhodně není náhoda, že ordinaci má v Praze na Florenci. Odsud je to totiž jen pár set metrů k řece a umělé slalomové dráze na Štvanici. To je důležité, protože koníčkem doktora Suchého je slalom na divoké vodě.

Co dělá závodník ve slalomu na divoké vodě v zimě? Díváte se na vodu z lodí, nebo jen z oken tělocvičny?

I teď v zimě několikrát týdně jezdím normálně na trati, v umělém kanálu. Stejně jako prakticky všechny sporty se dnes i ty vodní trénují celoročně. V zimě fungují určitě umělé kanály v Praze, kromě Štvanice je ještě v Tróji. Pokud vím, v provozu teď není slalomová dráha v Českých Budějovicích, protože se dělí o vodu s elektrárnou, a tak to tam na zimu vypínají. Vodní slalom se v republice jezdí na mnoha místech, ale skutečně dobré podmínky jsou jen na pár z nich. To jsou centra, která pak reprodukcí reprezentanty.

Kde začalo vaše vodácké nadšení – co a kdy jej vyvolalo?

Nebyla to zrovna Vltava, protože pocházím ze západních Čech. U nás je vodáctví v rodině, rodi-

če jezdili „na vodu“ a sjížděli řeky na otevřených turistických kanoích. Byli nadšení kanoisté a sjeli téměř všechno, co se u nás vůbec na přírodní vodě sjet dá, vyjížděli na vodu také na Slovensko. A moc se jim líbily vodní sporty i jako závodní disciplíny, proto mě k nim směřovali. Tam u nás, na Ohři, byly malé peřeje a na nich jsme trénovali my nadšenci.

Odjakživa jsem kajakář, ale poslední sezónu jsem se přeorientoval na deblkanoe. Jezdím na lodi se svým bráčkou a začalo mě to zase docela hodně bavit. A jak dlouho už jsem vodák? Na kajaku jezdím od 6 let, závodně od 11 a teď je mi 33. Jezdím jako člen oddílu Dukla Brandýs nad Labem a jednu ze základen máme tady v Praze na Štvanici, takže na tu Vltavu nakonec taky došlo. Také proto jsem si otevřel ortodontickou ordinaci na Florenci – abych stíhal, je to blízko. Ale v průběhu roku s Duklou objíždíme i ostatní

trati, protože na nich pak probíhají závody – připravujeme se tedy na konkrétní závod přímo na místě, kde pak probíhá.

Není z tohoto oddílu Dukly i kajakářka Štěpánka Hilgerťová, olympijská vítězka ve slalomu na hrách v Atlantě a Sydney?

Ano, ta také trénuje tady na Štvanici. Je to moje kamarádka.

Jakých výsledků jste ve vodním sportu dosáhl vy?

Ty nejlepší už jsou trochu staršího data, skloubit závodění s ordinací přece jen není ono. Byl jsem první na mistrovství republiky v hlídkách na kajaku, což je závod tříčlenných družstev. V individuálních závodech jsem dojel nejlépe osmý na mistrovství republiky, také to bylo na kajaku.

Dukla je armádní sportovní klub. Zrovna u vojáků by člověk neočekával vodní sporty, spíš třeba biatlon.

Vodní slalom v Dukle funguje přes třicet let. Není na tom nic zvláštního, všude ve světě armáda zastřešuje profesionální sport, včetně vodního slalomu. Jako olympijská disciplína je vodní slalom zařazen až od začátku 70. let, tehdy se poprvé dostal na letní olympijské hry a pak se samozřejmě profesionalizoval.

Existuje tedy ryze profesionální kanoistika?

Ano a profesionálních kanoistů je stále víc. Když jsem byl na vrcholu své výkonnosti, tedy asi tak před 5 lety, jako profesionálové tehdy v republice jezdilo zhruba prvních šest až osm závodníků v každé disciplíně. Teď už se vůbec nedá proniknout do první desítky, pokud se tím nezabýváte „na plný úvazek“. Ale většinou se ti lidé kromě slalomu ještě věnují vysokoškolskému studiu.

Je vodní slalom drahý koníček?

Určitě jsou levnější sporty. Drahé je pořízení lodě, a když už ji máte, musíte počítat s tím, že nemá dlouhou životnost. Ničí se hlavně narážením do překážek. Závodní loď tedy vydrží maximálně dva roky, a když na ní jezdíte třetí rok, už je dost poničená. Není to nijak levná věc, kolem 40 tisíc korun. Ještě větší problém je doprava na závody, které se konají po celé republice. Občas, jako například letos, máme závody i na Slovensku, protože Český svaz kanoistů pořádá klání na slovenské trati. A takové přesuny dost lezou do peněz.

Ještě stále mají někteří vodáci doma v garáži kopyto a stavějí si na něm lodě pomocí laminátu a lepidla, aby ušetřili?

To už určitě nikdo nedělá, stavěním lodí už se zabývají jen specializované firmy. Výrobu kanoí pro závodníky zajišťuje po světě jen málo firem a zajímavé je, že většina z nich sídlí právě v Česku a na Slovensku.

Když už se někdo ze závodníků sám ušpiní lepidlem, je to nejčastěji v situaci, kdy loď opravuje, protože do ní třeba při tréninku prorazil díru. Loď už si tedy vodáci nestavějí, ale musejí si pro sebe každou loď upravovat. Úplně novou loď totiž dostanete „holou“, bez sedačky a popruhů. Sedačka se dává do kajaku i do kanoé. Na kajaku se sedí, v kanoí sice klečíte, ale pozadí máte vždy na sedačce.

Přešel jste z kajaku na kanoi, na té se pádluje jen po jedné straně lodi. Je těžké jet rovně?

Na singlu, alespoň při závodění, se většinou pádlo přehazuje. To znamená, že pádlo držíte stále stejně, ale do vody ho zanoříte na druhé straně lodi, „na přes ruku“. Vůbec žádný problém to není v deblu, tam jsou pádla na obou stranách. Já jezdím debl, na háčku, čili vepředu. Každý máme pádlo na své straně, takže kdyby něco, zachráním to parťák.

Je jízda na kanoi technicky náročnější než na kajaku?

Myslím, že je. Obzvlášť začátky pro děti jsou určitě těžší na kanoi než na kajaku. Na kajaku je v soutěžích mnohem větší konkurence, protože spousta dětí na kajaku začíná a už na něm zůstane.

Je pro většinu kanoistů větší problém zvládnout techniku, nebo získat a udržet nutnou fyzickou kondici?

Ze začátku je problém určitě technika, doslova ta jízda rovně.



Na kajaku na Štvanici. | Foto: Leoš Chodura

KONÍČEK LÉKAŘE / ZE SPOLEČNOSTI

Potom postupně jízda ve vlnách a ve stále těžší vodě. Na závodní úrovni je pak potřeba toto vše skloubit.

Co nejlepší fyzická (výkon u slalomu většinou trvá kolem sto sekund) a technika rozhoduje o umístění. Délka trati činí kolem 300 metrů. Slalom je olympijský sport, a tudíž závody přenášejí televizní stanice, i kvůli tomu se čas i délka tratí postupně zmenšují.

Jezdí se po proudu, ale některé branky se projíždějí proti proudu. Nebyl by to bez takových zrad ještě větší fofr? Kamery by pak měly více času pořádně v cíli zabrat loga sponzorů...

Branky s průjezdem proti proudu jsou tam proto, aby byl závod obtížnější a zajímavější. Aby závodník ukázal, jakou má techniku. Proto máme nejen „povodné“, ale i ty červené, „protivodné“. V tom je podstata tohoto sportu, že využíváte všech proudů, překážek, struktury dna, která vytváří proud – to vše musíte umět využít.

Dívák ze břehu vidí vlny, někde se voda docela hodně mele – právě tam se ukrývají pře-

kážky, do kterých můžete nabourat?

Pod každou vlnou není překážka, ale jezdit musíte mezi nimi. Některé z velkých závodů se jezdí na přírodní divoké vodě. Umělé kanály vznikly vlastně jako snaha dostat divokou řeku do města. Pro lodě je ovšem bezpečnější umělá trať, protože překážky jsou plastové, kdežto na přírodní vodě to může být ostrý kámen.

Má mít ideální slalomář dlouhou figuru, aby pádlem dohrábl co nejdále, nebo naopak vysoký člověk nemá v lodi kam složit nohy?

Tělesné dispozice a proporce tak úplně nerozhodují. On se každý do lodi nějak poskládá a určitě je výhoda dosáhnout dál. Ale zase menší lidé bývají dynamičtější, takže to má pro tento sport také něco do sebe. Štěpánka Hilgertová je spíše menšího vzrůstu – a jakých dosáhla úspěchů! I náš nejlepší současný kajakář Vávra Hradílek, stříbrný na olympiádě, je spíš menší a hodně svalnatý.

Přináší vodní slalom nějaká závažná zdravotní rizika?

Samozřejmě u tohoto sportu existuje

riziko utonutí. Utopení nehrozí přímo při závodech, protože na těžších tratích asistují záchranáři, ale při tréninku jsme měli několik případů, kdy muselo dojít k zachraňování a resuscitaci sportovců. Nejen na přírodních tocích, ale i na umělých tratích vždy hrozí různé překážky na dně, které vás pod vodou mohou zachytit. To je největší riziko. Stává se to sice výjimečně, ale nelze to předem vyloučit.

Mnohem častější než různé úrazy na vodě ovšem bývají onemocnění urogenitálního traktu. Tyhle problémy mívají především ženy, častěji trpí na záněty močového měchýře. My se sice hodně pohybujeme, ale ve vodě býváme dlouho vystaveni chladu.

Copak netrénujete v oblecích z neoprenu?

Ale ano, ovšem voda cáká... A neopren není kožich, je tenký a zespodu je vám ve vodě v zimě chladno.

Na olympiádách náš vodní slalom desítky let slaví mimořádné úspěchy. Jak si to vysvětlujete – u nás, v zemi s minimem divokých vod, třeba ve srovnání s alpskými zeměmi?



Foto: Leoš Chodura

Ono to pramení z toho, kolik lidí jezdí vodu turisticky. Je unikátní, že se polovina národa v létě sebere a vyrazí na naše řeky. Z toho je pak velmi široká základna i pro vrcholový sport. Některé lidi to chytne a začnou se tomu věnovat na závodní úrovni.

Co se vám na slalomu na divoké vodě líbí nejvíc?

Nejhezčí je ta neustálá proměnlivost. Ve vodě jste, i když plavete v bazénu, ale ty jsou všude stejné, ať jste kdekoli. U slalomu na divoké vodě se i při tréninku voda stále mění a mění se také trať

na ní. Pořád se musíte učit a trénovat. Často také trénujete a závodíte ve volné přírodě.

Zkusme se na kanoistiku podívat přes zubní rovnátka. Ne používají se jen fixní, ale i snímací aparát. Neuplavou, když s nimi uděláte eskymáka, čili obrat s hlavou pod vodou?

Neuplavou, protože vám nevypadnou! Víím to, sám na sobě jsem totiž absolvoval ortodontickou léčbu a se snímacími rovnátky i závodil!

Jana Jílková

Švédský virolog převzal čestný doktorát UK

Čestnou vědeckou hodnost doktora *honoris causa* lékařských věd 30. ledna převzal ve Velké aule Karolina profesor Erling Norrby, přední světový virolog, sekretář Švédské královské akademie věd a člen výborů udělujících Nobelovy ceny.

vědní disciplíny. Jeho výzkumná práce s adenoviry se stala modelem následujících výzkumů ultrastruktury virových částic. Celkem 116 jeho prací vyšlo v periodikách s impakt faktorem vyšším než 3,4. Kromě viru spalniček a adenovirů byly předmětem jeho zájmu i lidský retrovirus HIV-1. V roce 1986 byl organizátorem první vědecké konference o AIDS a mimořádně vysoký je jeho přínos mezinárodní vědecké spolupráci.

Seveřan s vřelým vztahem k Česku

Po ukončení aktivní výzkumné práce se zabývá dějinami vědy. Napsal mimo jiné půvabnou knihu o Nobelových cenách a o pozadí jejich udílení, která právě nyní vychází v českém překladu. Erling Norrby má mimořádně vřelý vztah k České republice a české vědě, ale také k českému umění. Byl i mezi prvními zahraničními hosty, kteří po sametové revoluci



Zápis do pamětní knihy – profesor Erling Norrby a rektor Univerzity Karlovy profesor Václav Hampl. | Foto: UK

spontánně navštívili Prahu, aby se opět setkal s českými virology po letech odloučení. V době totality dokonce výrazně pomohl nejen dvěma emigrantům, kteří

se po odchodu z Československa usídlili ve Švédsku, jeden z nich byl dlouhodobě zaměstnán v jeho ústavu.

(II)

Symposium: Základy aloplastiky kyčelního kloubu

Anatomický ústav 1. LF UK v Praze a oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie – Klinika traumatologie pohybového aparátu 1. LF UK a ÚVN Praha vás zvou na sympodium na téma: **Základy aloplastiky kyčelního kloubu.**

Akce se koná v sobotu 23. února 2013 od 9.00–15.00 hodin v Anatomickém ústavu 1. LF UK, U nemocnice 3, Praha 2.

Zástitu převzal přednosta Anatomického ústavu 1. LF UK v Praze prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc.

Témata přednášek

Anatomie kyčle a operační přístup k TEP; plánování TEP – koxometrie; artikulární materiály v konstrukci TEP; principy konstrukce dřívku a jamek; cement a cementovací technika; příprava pacienta

k TEP; současné trendy v aloplastice kyčle; dysplastické TEP; povrchové náhrady kyčle; cervikokapitální náhrady kyčle; nestejná délka končetin; luxace TEP; infekční komplikace TEP; dobře fixovaná bolestivá TEP; nealoplastické rekonstrukce kyčelního kloubu; demonstrace v pitevně.

Předsedou sympozia je prof. MUDr. Jan Bartoniček, DrSc., organizačním sekretářem doc. MUDr. Ondřej Nařka, Ph.D.

Přednášející: doc. MUDr. Zbyněk Rozkydal, Ph.D., doc. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D., prim. MUDr. Pavel Kubát, Ph.D.

Organizační zajištění: Ortopedické centrum, Ústí nad Labem, www.ortopedicke-centrum.cz

(red)

Známka kvality pro laboratoře na Hemato-onkologické klinice LF UP a FN Olomouc

Nejvyšší možnou známku kvality, kterou může laboratorní provoz v prostředí českého zdravotnictví obdržet, získaly rutinní a specializované laboratoře Hemato-onkologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc.

29. ledna převzali zástupci laboratoří osvědčení o akreditaci podle normy ČSN EN ISO 15189:2007. Ta je dokladem, že vyšetřování vzorků v takto akreditované laboratoři je na nejvyšší úrovni kvality a že lékaři, kteří si laboratorní testy vyžádali, dostávají precizní podklady, podle nichž se mohou

správně rozhodovat v diagnostice a následně i léčbě nemocných. Pro pacienty akreditace znamená další zlepšení kvality, zvýšení bezpečnosti péče a vyloučení následných vyšetření, jež by mohla plynout z nekvalitně zpracovaných laboratorních výsledků. Splnění podmínek akreditace zo-

hledňují zdravotní pojišťovny ve vyšší hodnotě bodů, které laboratořím propírají.

Bez jakýchkoli neshod

„Potěšilo nás, že se nám podařilo projít akreditačním šetřením bez jakýchkoli neshod. Dokonce i auditoři z Českého institutu pro akreditaci konstatovali, že kvalita naší laboratorní práce je na mimořádně vysoké úrovni. Je za tím skvělá práce našich lidí,“ uvedl přednosta Hemato-onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Karel Indrák, CSc.



Ředitel FNOL docent Roman Havlík předává osvědčení o akreditaci přednostovi kliniky profesoru Karlu Indrákovi. | Foto: archiv FNOL

Pozvánka na přednášky o psychiatrii a klinické psychologii

Již 6. cyklus přednášek se koná v divadle „Za plotem“ (PL Bohnice, Ústavní 91, Praha 8), začíná 5. března. Přednášky probíhají vždy od 17,15 do 18,45 hodin, vstup je volný.

Program:

- 5. 3. MUDr. Martin Holý: Sexualita z pohledu evoluce
- 12. 3. MUDr. Michal Maršálek, CSc.: Schizofrenie: Jak vypadá a jak se prožívá
- 19. 3. MUDr. Ivan David, CSc.: Sociální důsledky duševních poruch
- 26. 3. PhDr. Tereza Soukupová, Ph.D.: Osobnost a její psychologické testování
- 2. 4. PhDr. Petr Goldmann: Psychologické testování schopností
- 9. 4. MUDr. Michaela Štochová: Proč máme chronické pacienty v léčebnách?
- 16. 4. MUDr. Richard Krombholz: Alzheimerova choroba a jiné demence
- 23. 4. MUDr. Michal Považan: Autismus a jeho typy
- 30. 4. MUDr. Eva Mráčková: Co je nového v léčbě závislostí
- 7. 5. MUDr. Zdenka Vyhnanáková: Deprese a mánie
- 14. 5. MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.: Znalecké posuzování duševního stavu v trestním řízení

Další informace: Dagmar Žaludová, úsek pro vědu, výzkum a vzdělávání, e-mail: dagmar.zaludova@plbohnice.cz, www.plbohnice.cz (red)

Symposium o prevenci kolorektálního karcinomu

U příležitosti Světového dne proti rakovině, který Mezinárodní unie proti rakovině (UICC) v roce 2000 vyhlásila na 4. únor, pořádá Liga proti rakovině Praha ve spolupráci s Českou lékařskou společností JEP symposium pro odbornou i laickou veřejnost.

Tématem symposia je prevence kolorektálního karcinomu. Program symposia postihne problematiku onemocnění v celé její šíři – od prevence, přes diagnostiku včetně kolonoskopie, možnosti léčby až po výživu pacientů. Příspěvky přednesou MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., prof. MUDr. Julius Špičák, CSc., prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.,

MUDr. Ferdinand Třebický, MUDr. Michaela Fridrichová, MUDr. Eva Meisnerová, Ing. Marie Ředinová a Milada Karlovská. Symposium se koná 4. února od 11 hodin v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, přihlásit se lze e-mailem na: birkova@pr.cz nebo na tel.: 224 919 732.

(red)

Karcinom žaludku

– současná léčba a diagnostika

Stejnomenou monografii o karcinomu žaludku napsal přednosta Chirurgické kliniky 1. LF UK a TN doc. MUDr. Jaromír Šimša, Ph.D. Roli kmostrů knížky přijali a slavnostní křest „novorozenec“ v pražském Café Louvre na konci ledna provedli děkan 1. LF UK v Praze profesor Aleksi Šedo a ředitel Thomayerovy nemocnice MUDr. Karel Filip.



MUDr. Jan Hugo (Maxdorf), MUDr. Karel Filip, docent Jaromír Šimša, profesor Aleksi Šedo. | Foto: archiv nakl. Maxdorf

Karcinom žaludku zůstává v celosvětovém měřítku po karcinomu plic druhým nejčastějším maligním onemocněním. Tato publikace nakladatelství Maxdorf (edice Jessenius) čtenáře přehledně seznamuje s etiologií, diagnostikou, léčbou a dispenzarizací nemocných s touto závažnou chorobou. Kniha je určena pře-

devším chirurgům, gastroenterologům a onkologům, kteří se na diagnostice a léčbě nemocných s karcinomem žaludku podílejí nejvíce, nové poznatky v ní najdou i radiologové a lékaři dalších oborů, bez jejichž pomoci by současná multidisciplinární péče o nemocné s karcinomem žaludku nebyla možná. (red)

Ortopedi se sejdou v Novém Adalbertinu

Ortopedická klinika 2. LF UK a FN Motol a Ortopedická klinika LF UK a FN Hradec Králové pořádají Jarní ortopedické sympozium, které se koná 22. března 2013 v kongresovém centru Novém Adalbertinu v Hradci Králové.

Hlavní téma akce:
periprosthetic fractures.

Prezidenty symposia jsou doc. MUDr. Pavel Šponer, Ph.D., a prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA. Organizační zajištění: Ortopedické centrum, s. r. o., www.ortopedicke-centrum.cz (red)

Jak mi ereska změnila život

30. ledna proběhl v Českém muzeu hudby křest knihy „Jak mi ereska změnila život II“. Konal se v rámci charitativního koncertu „Ida Kellarová & Jazz Famelija pro NFOZP“.

Soubor 24 příběhů lidí s diagnózou roztroušená skleróza vydal Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP) ve spolupráci se společností Merck a patientskou organizací Unii ROSKA. Kniha, jejíž autorkou je Lenka Petrášová navazuje na velmi

úspěšný stejnojmenný první díl. Grafickou úpravu provedla Zuzana Michnová, křtu knihy se na koncertu ujala Ida Kellarová spolu s dalšími hudebníky. Mimořádnými hosty večera byly dětský sbor Čhavorrenge a pěvecký sbor Barbastella. Výtěžek z koncertu ve výši 39 990 Kč bude věnován na

projekt ochranné známky „Práce postižených“, který podporuje férové zaměstnávání hendikepovaných (www.pracepostizenych.cz). Informace jak knihu získat zájemci naleznou na:

www.nfozp.cz/projekty/edice/jak-mi-ereska-zmenila-zivot-ii (red)

Vítězem soutěže „Bezpečná nemocnice“ je pražská Homolka

Nemocnice Na Homolce se stala absolutním vítězem pátého ročníku celostátní soutěže „Bezpečná nemocnice“, kterou každoročně vyhlašuje hejtman Kraje Vysočina.

Prvenství získala s projektem „Systém evidence a dokumentace práce klinického farmaceuta – základní nástroj bezpečnosti farmakoterapie“. Ocenění 25. ledna převzali zástupci nemocnice z rukou hejtmána Vysočiny MUDr. Jiřího Běhounka.

Druhý nejvýše hodnocený projekt prezentoval pražský IKEM – týkal se elektronického zajišťování bezpečnosti pacienta. Porota ocenila rovněž projekty Nemocnice Jihlava a Nemocnice Pelhřimov. Soutěž „Bezpečná nemocnice“ včetně navazující celostátní konferen-

ce „Dny bezpečí“ jsou již tradičními každoročními akcemi pořádanými právě Krajem Vysočina. Obě akce mají za cíl upozornit na možná rizika při poskytování zdravotních služeb, a to jak pro pacienty, tak pro personál.

(red)

„Vidím nevidím“ – nové představení Laterny magiky

„Vidím nevidím“ není zoufalé zvolání z oftalmologické ordinace, ale název nové inscenace Laterny magiky. Líbit se bude nejen dětem od 5 let, pro něž je určena. Zve vás na ni Nová scéna Národního divadla, která inscenaci uvede v premiéře již 14. února.

Fantastický svět dětských představ ukáže představení „Vidím nevidím“ pomocí netradiční kombinace animovaného filmu a živých herců. Inscenaci pro celou rodinu připravuje režisérka a animátorka Maria Procházková („Kdopak by se vlka bál“, „Žralok v hlavě“). Roli Agátky alternují Rozárka Hu-

sáková a Ada Matoušová, v hlavních „dospělých“ rolích se objeví Linda Rybová a Tomáš Měcháček. Režisérka Maria Procházková, která inscenaci připravuje, je kromě animované tvorby pro děti známá především jakou autorka dvou celovečerních hraných filmů, v nichž klasické snímání herců doplňuje

animovanými sekvencemi. Podobný princip interakce živých herců a tanečníků na scéně s animovanými pasážemi, doplněný navíc o prvky černého divadla, přináší nyní i do Laterny magiky. Příběh malé Agátky volně vychází z knihy Ivy Procházkové „Pět minut před večerí“. Svět představ malé Agátky, malé holčičky, která nevidí, na scéně umocňují i obrovské rekvizity a důmyslné kostýmy tanečníků. Dešťové kapky budou tančit, z plátna se často něco vykutálí, vyplave nebo vystoupí na scénu, obrovská schránka bude cenit zuby a tatínek projíždějící s Agátkou na kole pod stromem si bude muset dát pozor, aby je strom nechytil za vlasy.

Děti mají šanci získat vstupenky zdarma – mohou je vyhrát v soutěži o nejlepší obrázky. Soutěž je pro děti od 5 do 12 let. Více informací: www.vidimnevidim.cz

(red)



Ze zkoušky na představení „Vidím nevidím“. | Foto: archiv ND



Zpěvačka, muzikantka, sbormistryně Ida Kellarová jako kmotra knihy „Jak mi ereska změnila život II“. | Foto: NFOZP

Dobrou chuť ve Všeobecné fakultní nemocnici

Pacienti, návštěvníci i zdravotnický personál pražské Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) se mohou těšit z nové moderní stravovací služby. V pondělí 4. února náměstek pro legislativu MZ ČR Mgr. Martin Plíšek slavnostně přestříhl pásku samoobslužné restaurace Momento.

Tímto počinem firma JLV, a. s., rozšířila své stravovací a retailové služby. Před nedávnem v téměř areálu otevřela samoobslužnou prodejnu Pont, která se stala cílem nákupů i setkávání.

Restaurace Momento představuje vlastní koncept firemní samoobslužné restaurace s doplňkovým sortimentem včetně tiskovin, zaměřený na denní stravování zákazníků, kteří vyžadují kvalitu za výhodnou cenu. Kromě kompletních snídaní a obědů je zde nabídka salátů, čerstvého pečiva, lahůdek, dezertů a kompletní sortiment teplých a studených nápojů. Nabízí také široký výběr produktů teplé studené kuchyně, které si můžete objednat předem a odnést s sebou.

„Mám z našeho konceptu stravovacích a retailových služeb zde,

ve VFN, dobrý pocit. Nemocnice dnes disponují špičkovými lékaři, přístroji a zdravotnickým personálem. O to důležitější je, aby i nemocniční prostředí a úroveň poskytovaných služeb (a to nejen lékařských a ošetřovatelských) přispívaly k profesionálnosti a pozitivnímu prostředí,“ řekl při slavnostním otevření generální ředitel JLV Bohumír Bárta. Firma prostřednictvím své dceřiné společnosti JPServis provozuje podobné zařízení pod značkou Pont již 8 let ve FN Hradec Králové. JLV je největším českým poskytovatelem služeb cestující veřejnosti s více než padesátiletou tradicí. Zastřešuje více než 10 gastronomických a retailových značek. Společnost plánuje tento moderní koncept rozšiřovat i nadále v dalších nemocnicích.

(red)



Foto: archiv JLV

Kalendář akcí odborných lékařských společností – březen 2013

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

9th advanced ovarian cancer conference

1. 3. 2013/Valencie, Španělsko
Pořadatel: European Society for Medical Oncology (ESMO)
Kontakt: www.esmo.org/events/future-events.html

Personalized medicine 2013 – signaling pathways

Targeting the HER/EGFR family: focus on breast, lung and colorectal cancers
 1.-2. 3. 2013/Sitges, Španělsko
Pořadatel: European Society for Medical Oncology (ESMO)
Kontakt: www.esmo.org/events/future-events.html

7. kongres primární péče

Lékař první volby – infekce, farmakologie, hepatologie, kazuistiky, právní aspekty neodkladné péče
 1.-2. 3. 2013/Praha
Místo konání: TOP hotel
Pořadatelé: Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: <http://ahou.cz/kongres>

71st annual meeting of AAD

1.-5. 3. 2013/Miami Beach, Florida, USA
Pořadatel: American Academy of Dermatology (AAD)
Kontakt: www.aad.org

6. konference sester

Pacient jako konzument multidisciplinární ošetrovatelské péče
 2. 3. 2013/Praha
Místo konání: FN Královské Vinohrady
Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP (ČSAKI)
Kontakt: Mgr. Jana Zelenková; tel.: 224 436 605; e-mail: zelenkova.alergo@post.cz; www.csaki.cz

Chirurgické aspekty chorob pankreatu

Kurz
 2. 3. 2013/Praha
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz



Ilustrační foto: Shutterstock

Novinky v onkologii

Klinický seminář
 4. 3. 2013/Praha
Místo konání: Thomayerova nemocnice, posluchárna pneumologické kliniky, pavilon G1
Pořadatel: Pneumologická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha
Kontakt: www.ftn.cz

Syllabův večer

Přednáškový večer 2. interní kliniky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady
 4. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek českých lékařů ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

4. 3. 2013/Zlín
Místo konání: aula Střední zdravotnické školy Zlín – Příluky
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vybrané přírodně ohniskové a endemické nákazy

Seminář
 5. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatelé: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.infekce.cz

Epidemiologicky indikovaná vyšetření

Screeningová vyšetření u novorozenců, screening na MRSA, screening na meningokoky
 5. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP
Kontakt: www.splm.cz

Vědecká schůze Psychiatrické společnosti ČLS JEP

6. 3. 2013/Praha
Místo konání: Vondráčkova posluchárna Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha
Pořadatel: sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP
Kontakt: www.ceskapsychiatrie.cz

3rd general assembly meeting EUGT2 EuroGentest unit meetings, EuroGentest general assembly meeting: technological and quality issues of next generation sequencing, health technology assessment of next generation sequencing, incidental findings in the clinic through the use of genome sequencing
 6.-8. 3. 2013/Praha
Místo konání: Orea hotel Pyramida
Kontakt: www.eurogentest.org/news/db/event/902/index.xhtml

77th East-West immunogenetics conference

Immunogenetics of organ and stem cell transplantation, role of the HLA laboratory in the diagnosis of antibody-mediated rejection, disease association studies, stem cell donor registries in Central and Eastern Europe
 6.-8. 3. 2013/Praha
Místo konání: Kaiserštejnský palác
Pořadatelé: Česká transplantační společnost, European Federation for Immunogenetics (EFI)
Kontakt: www.ewic2013.cz

Crises and disasters psychosocial consequences

3rd international congress and monothematic congress of the Hellenic Psychiatric Association
 6.-9. 3. 2013/Atény, Řecko
Místo konání: Royal Olympic Hotel
Pořadatel: Hellenic Psychiatric Association ve spolupráci s World Federation for Mental Health and the Society of Preventive Psychiatry
Kontakt: www.psychcongress2013.gr

Vrozené vývojové vady u dětí

Klinický seminář
 7. 3. 2013/Praha
Místo konání: posluchárna Oční kliniky 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Oční klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.vfn.cz

Dětská chirurgie

7. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

7. 3. 2013/Ústí nad Labem, Liberec
Místo konání: Best Western Hotel Vladimír (Ústí nad Labem), Clarion Grandhotel Zlatý lev (Liberec)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

29. mezinárodní kongres SKVIMP

Výživa a regenerace: dokonalá výživa = cesta k uzdravení: výživa a růst ve zdraví a nemoci, výživa a hojení ran, regenerace kriticky nemocného pacienta, prevence ztráty soběstačnosti u nemocných seniorů, výživa jako základ regenerace při sportovních výkonech, ekonomické a právní aspekty malnutrice...
 7.-9. 3. 2013/Hradec Králové
Místo konání: Nové Adalbertinum
Pořadatel: Společnost klinické výživy a metabolické péče ČLS JEP (SKVIMP)
Kontakt: www.skvimp.cz

European congress of radiology (ECR 2013)

Annual meeting of the ESR
 7.-11. 3. 2013/Vídeň, Rakousko
Místo konání: Austria Center Vienna
Pořadatel: European Society of Radiology (ESR)
Kontakt: www.myesr.org

14th European congress: Perspectives in lung cancer

Prevention and early detection strategies, optimal treatment for systemic therapy using biological markers, pathologic determinants and gene mutations, roles of diagnostics and therapeutics in the management of patient with early, locally-advanced and metastatic disease...
 8.-9. 3. 2013/Turin, Itálie
Místo konání: Lingotto Conference and Exhibition Centre
Kontakt: <http://imedex.com/lung-cancer-congress-europe>

167. doškolovací den v gynekologii a porodnictví

9. 3. 2013/Praha
Místo konání: hotel DAP
Pořadatel: Levret, s. r. o.
Kontakt: www.levret.cz

2. českomoravský den syndromu fragilního X-chromozomu

9. 3. 2013/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatelé: Centrum hereditárních ataxií FN Motol, Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, katedra speciální pedagogiky UJAK Praha, Fragilní X, o. s., Nadační fond Synesis
Kontakt: Ivana Zelenková; tel.: 777 275 729, 241 773 244; e-mail: nf-synesis@seznam.cz; www.nf-synesis.cz, www.ceskapsychiatrie.cz

Kurz z oftalmologie – strabismus

9. 3. 2013/Praha
Místo konání: Klub ČLK, Praha 5
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

9. 3. 2013/Karlovy Vary – Březová
Místo konání: hotel Starý mlýn
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

European vascular course – EVC 2013

10.-12. 3. 2013/Maastricht, Nizozemsko
Kontakt: www.vascular-course.com

Celoústavní seminář Nemocnice Na Bulovce

11. 3. 2013/Praha
Místo konání: Posluchárna
 Gynekologicko-porodnické kliniky
 1. LF UK a NNB
Pořadatel: OS ČLK Praha 8
 a Nemocnice Na Bulovce
Kontakt: www.lkcr.cz

Seklův večer

**Přednáškový večer Ústavu
 biologie a lékařské genetiky
 2. LF UK a FN Motol**
 11. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek českých lékařů
 ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

12. 3. 2013/Pardubice
Místo konání: hotel Zlatá štika
Pořadatel: Společnost
 všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Interpretace polysomno- grafických nálezů

13. 3. 2013/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: www.lkcr.cz

Celoústavní seminář PL Bohnice

13. 3. 2013/Praha
Místo konání: PL Bohnice
Pořadatel:
 Psychiatrická léčebna Bohnice
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

13. 3. 2013/Praha
Místo konání:
 presbytář hotelu Gustav Mahler
Pořadatel: Společnost
 všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Postgraduální klinický seminář

**Využití MRI late gadolinium en-
 hancement v diagnostice srdeční AL
 amyloidózy**
 13. 3. 2013/Praha
Místo konání: Eiseltova síň
 2. interní kliniky 1. LF UK a VFN,
 1. patro, pavilon A14
Pořadatel: Komplexní
 kardiovaskulární centrum VFN
Kontakt: http://intz.lfi.cuni.cz/
 postgraduální-seminare-2012-2103

13th St. Gallen international breast cancer conference

**Primary therapy of early breast
 cancer: evidence, controversies,
 consensus**
 13.-16. 3. 2013/St. Gallen, Švýcarsko
Kontakt: www.oncoconferences.ch

7th international DIP symposium

**Diabetes, hypertension, meta-
 bolic syndrome and pregnancy**
 13.-16. 3. 2013/Florence, Itálie
Kontakt: www2.kenes.com/
 diabetes-pregnancy

18th NCCN annual conference

**Clinical practice guidelines and
 quality cancer care: acute my-
 eloid leukemia, breast cancer,
 colorectal cancer, kidney can-
 cer, pain management, senior
 adult oncology...**
 13.-17. 3. 2013/Hollywood,
 Florida, USA
Místo konání:
 Westin Hotel Diplomat
Pořadatel: National Comprehen-
 sive Cancer Network (NCCN)
Kontakt: www.nccn.org/
 professionals/meetings/
 annual_conference.asp

Alergie 2013

14. 3. 2013/Praha
Místo konání: hotel Diplomat
Kontakt: prof. MUDr. Václav
 Špičák, CSc.; tel.: 266 082 607;
 e-mail: vspicak@email.cz;
 www.csaki.cz

7. celostátní seminář Českého institutu metabolického syndromu

14. 3. 2013/Plzeň
Místo konání:
 restaurace Na Spilce,
 Plzeň - Východní Předměstí
Pořadatel: Český institut meta-
 bolického syndromu, o. p. s.
Kontakt: www.gymposion.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

14. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost
 všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Zlínský oční festival

15. 3. 2013/Zlín
Místo konání: Kongresové centrum
Kontakt:
 prim. MUDr. Pavel Stodůlka, Ph.D.;
 e-mail: stodulka@lasik.cz;
 www.oftalmologie.com

16. olomoucká dermatologická konference

15. 3. 2013/Olomouc
Místo konání: hotel Flora
Pořadatel: Klinika chorob
 kožních a pohlavních LF UP a FN
 Olomouc, Česká dermatovenero-
 logická společnost ČLS JEP
Kontakt:
 MUDr. Martin Tichý, Ph.D.;
 e-mail: tichy.martin.jun@fnol.cz;
 www.lfhk.cuni.cz/dermat

Kurz z geriatry

15. 3. 2013/Praha
Místo konání: Klub ČLK, Praha 5
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

12. lázeňské kardiovaskulární dny

**Novinky v kardiovaskulární re-
 habilitaci, primární a sekundár-
 ní prevence ischemické choroby
 srdeční, novinky v kardiologii –
 postgraduální kurz**
 15.-16. 3. 2013/
 Konstantinovy Lázně
Místo konání:
 Lázeňský hotel Alžbětin dvůr
Pořadatel: pracovní skupina
 kardiovaskulární rehabilitace
 České kardiologické společnosti
Kontakt: www.kardio-cz.cz

20. luhačovické dny

**Kašel z pohledu pneumologa,
 gastroezofageální reflux, dise-
 minované plicní procesy, lázeň-
 ská léčba a rehabilitace pacientů
 s plicními nemocemi, novinky
 v léčbě astmatu a CHOPN**
 15.-16. 3. 2013/Luhačovice
Místo konání: kongresový sál
 Společenského domu Luhačovice
Pořadatel: Česká společnost
 alergologie a klinické imunologie
 ČLS JEP, Česká pneumologická
 a ftizeologická společnost ČLS
 JEP, Lázně Luhačovice, a. s.
Kontakt:
 http://lazneluhačovice.cz/luhadny

6. setkání diabetologů s fyzioterapeuty a psychology

15.-16. 3. 2013/Praha
Místo konání: hotel Belvedere
Pořadatel:
 Metabolická skupina 1. interní
 kliniky LF UK a FN Plzeň
Kontakt:
 http://metabol.lfp.cuni.cz/akce.asp

17. světový kongres dětské a dorostové gynekologie

15.-17. 3. 2013/Hongkong, Čína
Kontakt:
 http://pag.obg.cuhk.edu.hk

28th annual European Association of Urology congress

15.-19. 3. 2013/Milán, Itálie
Pořadatel: European
 Association of Urology (EAU)
Kontakt: www.eaumilan2013.org

Multidisciplinární diagnos- tika a léčba maligních nádorů ORL oblasti

Kurz
 16. 3. 2013/Hradec Králové
Místo konání: FN Hradec Králové
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

16. 3. 2013/Brno, Olomouc, Plzeň
Místa konání: Kancelář ombud-
 smana (Brno, Údolní 39), aula
 Právnické fakulty UP (Olomouc),
 Šafránkův pavilon (Plzeň)
Pořadatel: Společnost
 všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Konference SPLDD ČR

16. 3. 2013/Hromnice
Místo konání:
 hotel Zámecký statek Býkov
Pořadatel:
 Sdružení praktických lékařů
 pro děti a dorost ČR (SPLDD ČR)
Kontakt: www.detskylekar.cz

12th ESO-ESMO masterclass in clinical oncology

16.-21. 3. 2013/Ermatingen,
 Švýcarsko
Pořadatel: European School of
 Oncology (ESO), European Society
 for Medical Oncology (ESMO)
Kontakt: www.eso.net/listEvents

Maligní fluidothorax – terapeutické možnosti

Klinický seminář
 18. 3. 2013/Praha
Místo konání: Thomayerova ne-
 mocnice, posluchárna pneumo-
 logické kliniky, pavilon G1
Pořadatel: Pneumologická klini-
 ka 1. LF UK a TN Praha
Kontakt: www.ftn.cz

Pelnářův večer

**Přednáškový večer 2. interní
 kliniky 1. LF UK a VFN Praha**
 18. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek českých lékařů
 ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.lkcr.cz

17. zasedání MR sekce ČRS

**MRI zobrazování – krátká
 vědecká sdělení, kazuistiky,
 výuková postgraduální sdělení**
 19.-21. 3. 2013/Harrachov
Místo konání: hotel Sklář
Pořadatel:
 MRI sekce České radiologické
 společnosti ČLS JEP, Radiologická
 klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: doc. MUDr. Marek
 Mechl, Ph.D., MBA; e-mail:
 marek@mechl.cz; www.crs.cz

**17th reach to recovery
 international breast
 cancer support conference**
**Better knowledge of breast
 cancer, better understanding of the
 needs of lower resource areas, im-
 proved services delivery and sup-
 port for patients, survivors and
 families, sustainable solutions
 that can be used across borders**

19.-22. 3. 2013/Kapské Město,
 Jihoafrická republika
Kontakt:
 www.reachrecovery2013.org

Iracionální představy o homosexualitě

**Přednáška Českého klubu skep-
 tiků Sisyfos – přednáší publicist-
 ka Ludmila Hamplová**
 20. 3. 2013/Praha
Místo konání: budova Akademie
 věd ČR, Národní třída
Pořadatel:
 Český klub skeptiků Sisyfos
Kontakt: www.sisyfos.cz

Mezikrajské dny pracovníků klinické biochemie Plzeňského a Karlovarského kraje

21. 3. 2013/Karlovy Vary
Kontakt: Ing. Mgr. David Hep-
 nar, MBA; tel.: 602 676 618;
 e-mail: david.hepnar@sanglab.cz;
 www.sanglab.cz, www.cskb.cz

25. regionální dermatovenerologický seminář

21. 3. 2013/Brno
Místo konání: hotel International
Pořadatel:
 Česká akademie dermatovenero-
 logie, 1. dermatovenerologická
 klinika LF MU a FN u sv. Anny
 Brno, Dermatovenerologická
 klinika LF MU a FN Brno
Kontakt:
 prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.;
 e-mail: vladimir.vasku@fnusa.cz;
 www.lfhk.cuni.cz/dermat

Pracovní schůze Spolku lékářů Zlín – Kroměříž – Uherské Hradiště – Vsetín

21. 3. 2013/Zlín
Kontakt: www.lkcr.cz

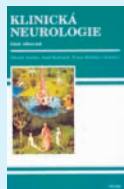
Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

21. 3. 2013/Hradec Králové
Místo konání: Nové Adalbertinum
Pořadatel: Společnost
 všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

9. interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě Současná klinická problemat- ka, otázky profesionality a eti- ky v léčbě

21.-23. 3. 2013/Praha
Místo konání: Psychiatrická
 klinika 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Psychiatrická klinika
 1. LF UK a VFN Praha, sekce pro
 poruchy příjmu potravy Psychiat-
 rické společnosti ČLS JEP, Svěpo-
 mocná asociace psychogenních
 poruch příjmu potravy
Kontakt: www.ceskapsychiatrie.cz

**Zdeněk Ambler,
Josef Bednařík,
Evžen Růžička a kol.
Klinická neurologie
část obecná**



Rozsah:
980 stran
Cena: 1499 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-157-4
Vydavatel:
Triton

Obecná část „Klinické neurologie“ popisuje symptomatiku a syndromologii hlavních struktur a systémů centrálního i periferního nervstva, klinické neurologické vyšetření i hlavní komplementární vyšetřovací metody. Obsahuje rovněž kapitoly věnované neurogenetice, neuroimunologii, neuropsychologii, neurofarmakologii. V závěru shrnuje celkovou strategii a taktiku neurologické diagnostiky a léčby. Důraz je kladen na klinickou praxi a nejnovější poznatky a metody.

Monografie je koncipována jako postgraduální učebnice a měla by pokrýt všechny oblasti, kterými se současná klinická neurologie zabývá. Ve druhém dílu publikace – v části speciální – pak budou podobně probrány jednotlivé choroby a poruchy nervového systému.

**Jindřiška Perušičová,
Pavína Piňhová
Diabetes mellitus
a smysly**



Rozsah:
80 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-305-3
Vydavatel:
Maxdorf

O diabetu hovoříme jako o nemoci, která postihuje všechny orgány, tkáň i tělesné funkce a zasahuje prakticky do každého oboru medicíny. Přistupujeme však k nemocnému vždy s tímto vědomím? Jedním z cílů nové edice „Současná diabetologie“ je právě důraz na kvalitu života nemocného s diabetem.

Druhý svazek této edice odpovídá na praktickou otázku, jak může diabetes mellitus ovlivňovat pět základních smyslů, které nás provázejí každodenním životem.

**Bohumil Seifert
Screening
kolorektálního
karcinomu**



Rozsah:
112 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-306-0
Vydavatel:
Maxdorf

Kolorektální karcinom (KRK) patří mezi nejčastější maligní onemocnění v zemích Evropské unie a Česko – společně s Maďarskem a Slovenskem – zaujímá nepříznivě přední postavení ve statistikách incidence této malignity a mortality z této příčiny. Publikace komplexně mapuje problematiku kolorektálního neoplazie od etiopatogeneze a etiologie přes diagnostiku až k léčbě. Přehlednou formou informuje o aktuálních vědeckých poznatcích, se zaměřením na primární a sekundární prevenci KRK.

**Ivana Štětkařová,
Edvard Ehler, Robert Jech
Spasticita a její léčba**



Rozsah:
292 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-302-2
Vydavatel:
Maxdorf

Komplexní monografie se zaměřuje na praktické aspekty léčby spasticity u dospělých s různými neurologickými poruchami a nemocemi. Seznamuje s přehledem farmakologické léčby, včetně lokální léčby botulotoxinem a intratekálním baklofenem, informuje o rehabilitačních přístupech i chirurgických intervencích. Důraz je kladen na praktičnost a přehlednost.

Součástí knihy je diferenciální diagnostika spasticity u různých nemocí – například u chronického poranění mozku a míchy, roztroušené sklerózy, cévní mozkové příhody, neurodegenerativních onemocnění a jiných vzácných stavů spojených se spasticitou. Významným aspektem komplexního terapeutického přístupu ke spasticitě je léčba bolesti, ve které má dnes zcela zásadní místo pregabalin a gabapentin.

Knihy je určena zejména pro neurologii a rehabilitační pracovníky,

NOVÉ KNIHY

dále pro praktické lékaře, neurochirurgy, ortopedy a další lékaře se zájmem o tuto problematiku.

**Václav Procházka,
Vladimír Čížek a kol.
Vaskulární
diagnostika
a intervenční výkony**



Rozsah:
218 stran
Cena: 895 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-284-1
Vydavatel:
Maxdorf

Angiografické metody se v průběhu posledních dvou desetiletí staly nejen pilířem radiologické diagnostiky, ale rovněž významně přispívají k terapeutickým výkonům. Prakticky orientovaná publikace se věnuje aortografii a arteriografii periferních tepen i flebografii, a to výkonům neinvazivním i invazivním.

Mezi neinvazivní metody vyšetření cévního systému patří dopplerovská ultrasonografie, CT angiografie a MRI angiografie. Invazivní metodou je aplikace pozitivní nebo negativní kontrastní látky přímo do lumina cév a jejich klasické rtg zobrazení. Arteriální řečiště lze zobrazit buď přímou perkutánní punkcí, nebo Seldingerovou katetrizací technikou.

**Antonín Pařízek a kol.
Kritické stavy
v porodnictví**



Rozsah:
285 stran
Cena: 1499 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-949-7
Vydavatel:
Galén

Těhotenství a porod jsou procesy, u kterých se mohou u matky a/nebo dítěte rozvinout – někdy pozvolně a nenápadně, jindy zcela nečekaně – stavy ohrožující zdraví, či dokonce život. Publikace nabízí přehled současných poznatků o perinatologické a intenzivní péči o matku a dítě v době těhotenství, porodu a šestinedělí a návrh léčebných postupů u těhotenských rizik a patologií.

Učebnice, určená pro porodníky, anesteziology, neonatology, dětské

lékaře, porodní asistentky a studenty medicíny, obsahuje celkem 76 kapitol, které jsou systematicky upřádané do následujících okruhů: resuscitace těhotné, rodičky i dítěte; traumatologická problematika v těhotenství; rizika a patologie porodnického původu; rizika a patologie neporodnického původu. Jsou uvedena i okrajová témata, která se běžně v tak zhuštěné podobě v odborné literatuře nevyskytují.

**Antonín Pařízek a kol.
Analgie a anestezie
v porodnictví**



Rozsah:
427 stran
Cena: 1499 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-893-3
Vydavatel:
Galén

Učebnice od autorského kolektivu předních českých odborníků, určená pro porodníky, anesteziology, neonatology, dětské lékaře, porodní asistentky a studenty medicíny, přináší rozsáhlé mezioborové informace a současné poznatky o významné perinatologické problematice – o použití analgie a anestezie v porodnictví.

Knihy v úvodu představuje historii porodnické analgie a anestezie, podává přehled porodnické problematiky, zabývá se porodní bolestí a farmaky používanými v této lékařské specializaci. Stejně jako část textu je věnována porodnické analgii (nefarmakologické metody, systémová analgie, regionální analgie) a porodnické anestezii. Autoři zařadili do textu i neontologickou problematiku a zdůrazňují také principy interdisciplinární spolupráce coby nezbytné podmínky bezchybné péče o matku a dítě.

**Roberta B. Carey, Mindy G. Schuster, Karin L. McGowan
Lékařská
mikrobiologie
v klinických
případech**



Rozsah:
328 stran
Cena: 400 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-480-3
Vydavatel:
Triton

Knihy, kterou pod názvem „Medical microbiology for the new curriculum: A case-based approach“ vydalo nakladatelství John Wiley & Sons, představuje problematiku lékařské mikrobiologie, infekčních nemocí, patologie a částečně i epidemiologie na souboru typických případů (kazuistik). Na nich seznamuje studenty se základními medicínskými poznatky a současně je vede k praktickému stanovení požadavků na laboratorní vyšetření, stanovení diagnózy a příslušné terapie; učí je tak (jak říká název jedné z kapitol) „umění diferenciální diagnostiky“.

Tento přístup vystihuje situace, které nastávají u lékařů budou řešit ve své praxi, a představuje pokrok oproti dosud převládajícímu způsobu encyklopedického a často se dublujícího způsobu výuky základních medicínských poznatků a dovedností. Každý ze čtyřadvaceti prezentovaných případů je uveden anamnézou pacienta, popisem jeho příznaků a potíží. Následuje diferenciální diagnostika možných onemocnění, požadavky a podmínky ověření daných možností laboratorním vyšetřením a jeho výsledky, patogeneze zjištěné nemoci a možnosti její terapie a prevence.

Publikace je vybavena bohatým obrazovým materiálem, ilustrujícími příznaky onemocnění i metody laboratorních testů.

**Dominika Benešová
Needs of Patients
Czech-English phrasebook
for beginners**



Rozsah:
96 stran
Cena: 200 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-935-0
Vydavatel:
Galén

Již třetí vydání příručky je určeno zejména zahraničním studentům medicíny a poslouží jim k procvičení konverzace mezi lékařem a pacientem. Těžiště textu je ve střídání otázek lékaře a odpovědí pacienta, seskupených do tematických celků – na anglické otázky lékaře (přeložené do češtiny) následuje několik možných českých odpovědí pacienta (přeložených do angličtiny). Všechny použité výrazy pak čtenář najde v připojeném česko-anglickém a anglicko-českém slovníku.

**Jiří Raboch,
Pavel Pavlovský,
Dana Janotová**
Psychiatrie
minimum pro praxi



Rozsah:
240 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-582-4
Vydavatel:
Triton

Kniha poskytuje základní orientaci v oboru psychiatrie. Je určena především praktickým lékařům – vzhledem k tomu, že asi 30 % jejich pacientů trpí některou z duševních poruch.

Autoři odlišují případy, kdy může léčbu zvládnout praktický lékař sám, od těch, kdy je nutná intervence specialisty-psychiatra.

Text je vhodný i pro studenty nelekárských oborů na vysokých či středních školách, kteří se v rámci profesní přípravy seznamují s problematikou duševních poruch.

Markéta Šauerová, Klára Špačková, Eva Nechlebová
Speciální pedagogika v praxi

Komplexní péče o děti se SPUCH



Rozsah:
248 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4369-1
Vydavatel:
Grada

Děti se specifickými poruchami učení a chování (SPUCH) tvoří dlouhodobě nejpočetnější skupinu zdravotně postižených žáků integrovaných v běžných školách. Přestože se jejich potíže zpravidla projeví především v souvislosti s osvojováním si základních školních dovedností, je už více než jasné, že se promítají také do dalších oblastí školní výuky a do sociálních vztahů.

Kniha nabízí ucelený přehled dané problematiky, komplexní osvětlení situace dítěte se SPUCH, i vhod-

NOVÉ KNIHY

né výchovně-vzdělávací postupy ke zmírnění stávajících obtíží dětí a k zamezení vzniku obtíží dalších.

Dave Mearns, Brian Thorne
Terapie zaměřená na člověka

Pro využití v praxi



Rozsah:
184 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3881-9
Vydavatel:
Grada

Příklad třetího vydání publikace zachovává styl předchozích vydání a podněcuje k úvahám nad otázkami, jež se týkají nejen přístupu zaměřeného na člověka, ale celé oblasti poradenství a psychoterapie. Přehledně vysvětluje budoucím a začínajícím terapeutům principy přístupu zaměřeného na člověka, avšak mnoho zajímavého nabízí i zkušeným praktikům

a odborníkům. Věnuje se například „vztahové hloubce“ – důležité novince v terapii a poradenství. Obsahuje také rozšířené pojednání o využití terapeutova já, aktuální kazistiky, v dodatcích odpovědi autorů na často kladené otázky a seznam doporučené literatury.

Stanislav Kratochvíl
Základy psychoterapie
6. aktualizované vydání



Rozsah:
408 stran
Cena: 567 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0302-5
Vydavatel:
Portál

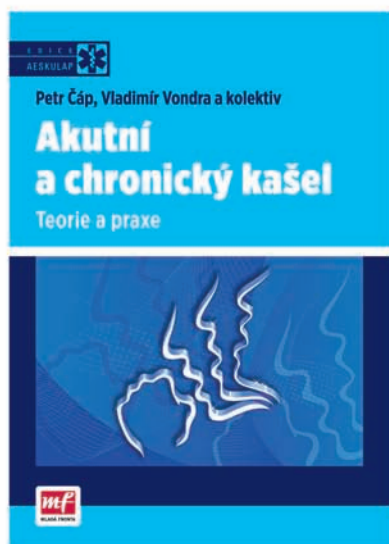
Nové vydání oblíbené klasické české učebnice psychoterapie přináší doplňky a aktualizace v řadě kapitol. Zachovává původní rozdělení na tři části: teorie, metody a výzkum. V teoretické části poskytuje výstižný výklad psychoterapie hu-

bině, dynamické a interpersonální, rogersovské, behaviorální a kognitivní, Gestalt terapie, terapie existenciální a humanistické i eklectických a integrativních přístupů. Nově je zařazena mj. kapitola o mentalizaci, terapii zaměřené na schémata, na vztahovou vazbu a na všímavost, je zde výklad dialektické behaviorální terapie podle Linehanové, terapie smířením a odhodláním, terapie zaměřené na emoce i psychomotorické terapie Pessa a Boydenové.

Doplňeny jsou kapitoly o terapeutické komunitě, rodinné terapii i výzkumu. Podstatné změny doznala aktualizovaná kapitola o současné psychoterapii v Česku a na Slovensku. Je zde řada ilustrací, a to jednak fotografií představitelů významných směrů, jednak ukávek z popisovaných psychoterapeutických technik.

Nové vydání je na úrovni poznatků v tomto oboru v roce 2012. Lehce se čte a dobře poslouží psychiatrům i klinickým psychologům při přípravě k atestacím.

Inzerce A131001911



Představujeme publikaci Akutní a chronický kašel

Publikace, která vznikla díky společnému úsilí významných českých a slovenských specialistů, usiluje o komplexní pohled na téma kašle. Kapitoly se zabývají epidemiologií, patofyziologií a klasifikací akutního a chronického kašle, včetně

farmakoterapie. Vedle zkušeností jsou také zmíněny časté omyly v diagnostice a terapii. V knize jsou zahrnuty poslední vědecké poznatky, doporučené postupy a algoritmy dle publikovaných recentních mezinárodních dokumentů.

Autoři: Petr Čáp, Vladimír Vondra a kol.

Doporučená cena 250 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



MLADÁ FRONTA

PRÁVNÍ PORADNA

Podmínky odborného dohledu

Jaké podmínky musí být splněny pro výkon odborného dohledu? Mohu tento dohled nad svým školením vykonávat, když svoji praxi provozuji sice ve stejném areálu, ale v jiném pavilonu, vzdáleném zhruba 100 metrů od pracoviště mého školence? Představuje překážku pro výkon dohledu skutečnost, že svoji praxi nevykonávám na zmíněném místě pět dnů v týdnu, ale jen čtyři dny?



odpovídá
Mgr. Marie Šubertová

kého povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, který rozlišuje odbornou a specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, neupravuje, jakou dobu musí být lékař se specializovanou způsobilostí fyzicky přítomen v ordinaci či pavilonu, kde vykonává lékařské povolání lékař, nad nímž má dohled, a neexistuje zákonný podklad, který by mu to stanovoval – jedná se však jednoznačně o odpovědnost školitele za školenec.

Doporučení ČLK

K problematice odborného dohledu bylo představenstvem České

lékařské komory dne 22. 6. 2007 schváleno „Doporučení představenstva ČLK č. 1/2007 k výkonu dohledu lékaře se specializovanou způsobilostí nad lékaři s odbornou způsobilostí“ (nabylo účinnosti dne 1. 7. 2007).

Toto doporučení stanoví, že lékař s odbornou způsobilostí, který povolání lékaře vykonává po dobu kratší než 24 měsíců, by měl být trvale pod bezprostředním osobním dohledem lékaře s příslušnou specializovanou

způsobilostí. Lékař s příslušnou specializovanou způsobilostí vykonávající odborný dohled nad lékařem s odbornou způsobilostí, který vykonává povolání lékaře déle než 24 měsíců, by měl být v době výkonu lékařského povolání tímto lékařem nepřetržitě k dispozici pro telefonické konzultace a měl by být schopen do stavit se k osobnímu provádění odborného dohledu nejdéle ve lhůtě 30 minut od chvíle, kdy k tomu byl lékařem s odbornou

způsobilostí vyzván. Toto doporučení sice není právně závazné, avšak lékař, který je členem České lékařské komory, by se jím měl řídit.

Ve Vašem případě tedy záleží, jak dlouho Váš školence – lékař s odbornou způsobilostí – vykonává povolání lékaře, zda po dobu kratší než 24 měsíců, či delší. Vy, jako lékař se specializovanou způsobilostí, byste se měl řídit tím, co stanoví výše uvedené doporučení České lékařské komory.

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnic-

Výjimka ze zákazu návštěv

Jestliže je v nemocnici kvůli hygienicko-epidemiologickým opatřením vyhlášen zákaz návštěv, ale na oddělení leží pacient ve špatném psychickém stavu, kterému by návštěva blízkých lidí určitě prospěla, kdo může povolit výjimku z nařízeného opatření?



odpovídá
Mgr. Kateřina Pecová

nebo státní ústav sociální péče jsou povinni činit hygienická a protiepidemická opatření k předcházení vzniku a šíření nemocničních nákaz. Každé zdravotnické zařízení je povinno stanovit příslušná hygienicko-epidemiologická opatření v provozním řádu zařízení. Provozní řád zařízení je interní předpis, podle kterého je např. vyhlášen zákaz návštěv. Návrh provozního řádu a změnu provozního řádu schvaluje rozhodnutím příslušný orgán ochrany veřejného zdraví.

Nemocnice, ve které byl vyhlášen zákaz návštěv v důsledku hygie-

ilustrační foto: Shutterstock

nicko-epidemiologického opatření, vyhláší tento zákaz na základě schváleného provozního řádu. V tomto provozním řádu je také stanoveno, kdo zákaz návštěv vyhláší a kdo je v krajním případě oprávněn, po zvážení všech okolností, povolit výjimku z tohoto zákazu. Z tohoto důvodu nelze tazateli odpovědět konkrétně – je vždy nutné nahlédnout do provozního řádu daného zdravotnického zařízení.

Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení upravuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Zákon mimo jiné stanoví, že poskytovatel zdravotních služeb nebo osoba provozující ústav sociální péče

Poplatek za vedení zdravotnické dokumentace

Vedení a hlavně založení zdravotní karty nového pacienta není úkon úplně nenáročný na čas, zvláště jedná-li se o člověka staršího a/nebo chronicky nemocného. Mohu za tyto administrativní práce účtovat pacientům poplatek?



odpovídá
Mgr. Ivan David

Účtovat pacientům poplatek za vedení zdravotnické dokumentace není možné, a to zejména z toho důvodu, že vedení této dokumentace je výslovnou zákonnou povinností poskytovatele zdravotních služeb dle § 53 odst. 1 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách

jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Poskytovatel nemůže tuto povinnost ani náklady s ní spojené přenášet na pacienta. Vedení zdravotnické dokumentace není zdravotní služba. Zákon o zdravotních službách umožňuje poskytovateli žádat po pacientovi pouze úhradu účelně vynaložených nákladů spojených s pořízením výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace na pacientovu žádost.

Může sestra sama „ordinovat“ některé léky?

Na odděleních některých nemocnic sestry večer procházejí pokoje a ptají se pacientů, jestli nechtějí „něco na spaní“, „něco na uklidnění“, „něco proti kašli“ apod. A řada pacientů si takové léčivé přípravky vezme. Je to v pořádku, pokud sestra následně zapíše tuto „ordinaci“ do zdravotnické dokumentace pacienta?



odpovídá
Mgr. Lucie Neubertová

ry pak patří zejména podávání léčivých přípravků, s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak.

Jak je však uvedeno výše, takové podávání léčivých přípravků musí být prováděno vždy na

základě indikace lékaře, tj. pověřením k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu. Indikace by měly být vždy zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci, ze které všeobecné sestry informace o podávání léčivých přípravků přebírají.

Ve smyslu platné právní úpravy tedy všeobecná sestra není sama oprávněna rozhodovat o indikaci v rámci podávání léčivých přípravků a neměla by takovým způsobem léčivé přípravky podávat.

Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče.

K takové činnosti všeobecné sest-

Zajímavé www stránky

– gastroenterologie II

Minule jsme procházeli český internet a zajímaly nás odborné stránky věnované gastrointestinální problematice. V dnešním dílu si prohlédneme zahraniční weby, které jsou převážně zaměřeny na pro gastroenterology stěžejní problematiku endoskopického vyšetření.

European Society of Gastrointestinal Endoscopy

www.esge.com

Evropská společnost gastrointestinální endoskopie (ESGE), jejíž webové stránky prozkoumáme jako první, tvoří mezinárodní platformu jednotlivých národních odborných společností zabývajících se touto problematikou. Kromě evropských států jsou zde zastoupeny i některé severoafrické země, celkový počet národních společností v současné době dosahuje 44. Nepřekvapí, že Českou republiku zastupuje Česká gastroenterologická společnost J. E. Purkyně. Mezi hlavní cíle ESGE patří podpora rozvoje endoskopických tech-

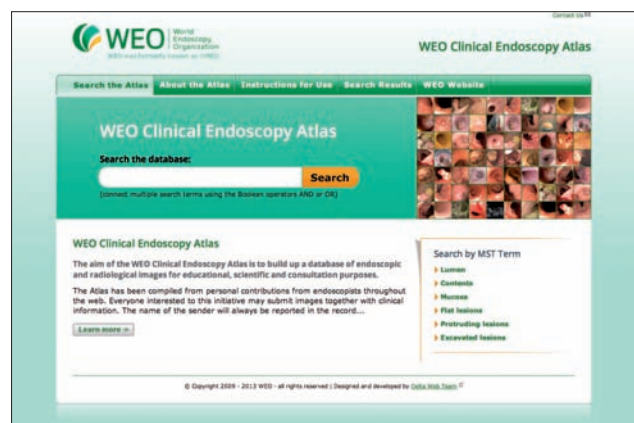


nologií, pořádání mezinárodních kurzů, podpora mezinárodní spolupráce mezi endoskopisty či endoskopického výzkumu. Z webu můžete získat informace o konání různých vzdělávacích akcí. Průběžně jsou publikovány aktuální informace z oboru a odborné články.

The World Endoscopy Organisation

www.worldendo.org

Tato internetová adresa nás zavede na oficiální webovou prezentaci Světové endoskopické organizace, která podobně jako společnost zmiňovaná v předchozím odstavci zastřešuje jednotlivé národní odborné společnosti, jejichž stěžejní náplní je podpora rozvoje gastrointestinální endoskopie. Určitě vás osloví rozsáhlá knihovna videoprezentací s ukázkami endoskopických vyšetření doplněných odborným komentářem. Prezentací je několik desítek a každá z nich je zaměřena na trochu jiné spektrum gastroenterologie. Namátkou vybírám: cholangioskopie u dětí, gastroskopická diagnostika karcinomu žaludku, endosonografická diagnostika tumoru pankreatu a řada dalších. Zájemci ocení i pravidelně zveřejňovaný e-newsletter.



WEO Clinical Endoscopy Atlas

www.endoatlas.org

Virtuální atlas endoskopických náleží vlastně navazuje na předchozí odstavec, protože jde o počín The World Endoscopy Organisation. Atlas obsahuje stovky obrázků z endoskopických vyšetření, které jsou rozříděné podle jednotlivých patologických náleží (tumory, léze, mukózy a další). Tento internetový portál je velmi zdařilý jak po obsahové, tak i po formální stránce.

American Society for Gastrointestinal Endoscopy

www.asge.org

Zase trochu jiný pohled na problematiku gastrointestinální endoskopie získáme na stránkách Americké společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ASGE). K dispozici jsou doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu některých onemocnění zažívacího traktu, ale také řada edukačních materiálů pro pacienty a jejich příbuzné.

MUDr. Michal Pelíšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 3/2013

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: kluskova@mf.cz
Filip Kút Ctiores, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabiznis, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (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 Sladká (Lékařské listy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
MUDr. Andrea Skalová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stáli spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban,
Bc. Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák,
prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

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 Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Poledně, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

sekretariát

tel. 225 276 299
e-mail: vavrinkova@mf.cz

personální inzerce

Jiřina Hollá
Tel. 724 561 805
e-mail: holla@mf.cz

generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

Retef Decastole



MLADÁ FRONTA

ředitel divize Medical Services

MUDr. Martin Hofman

art director

Petr Honzák

DTP
retuš Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Libor Horyna, Michal Žák

MARKETING

ředitelka marketingu novin
a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

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,
Renáta Cermáková, Michaela Mrázová

Vydává Mladá fronta a. s.,
sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis – předplatné,
Olšanská 38/9, 225 99 Praha 3
tel. 800 248 248,
e-mail: predplatne.mf@cpost.cz
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz
Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie iných form predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje. Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.

Číslo dno do tisku 7. 2. 2013

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tíštěný náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2013
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

Výběrová řízení

Zástupce primáře

**MĚSTSKÁ NEMOCNICE
ČÁSLAV**
přijme do funkce:

■ Zástupce primáře
gynekologicko-
porodnického oddělení.

Žadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,
- praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost (dle zákona č. 95/2004 Sb.).

Nabízíme:

- zaměstnanecké benefity,

- odpovídající platové podmínky,
- možnost celoživotního vzdělávání a další profesní rozvoj,
- nový služební byt v bezprostřední blízkosti nemocnice.

Písemné přihlášky, ověřené požadované doklady a telefonické spojení zasílejte nejpozději do 28. 2. 2013 na: personální oddělení, p. Anna Škarková, Městská nemocnice Čáslav, Jeníkovská 348, 286 01, tel.: 327 305 228, e-mail: anna.skarkova@nemcaslav.cz

ZDN A131000374

Volná místa

Lékař/lékařka

**THOMAYEROVA NEMOCNICE,
VÍDEŇSKÁ 800, 140 59
PRAHA 4 – KRČ,**
přijme lékaře/lékařku pro závodní ambulanci TN.

Požadujeme:

- absolventa lékařské fakulty, nejlépe s atestací ze všeobecného praktického lékařství,
- zájem o obor,
- praxe vítána, ale není podmínkou.

Nabízíme:

- zajímavou práci na akreditovaném pracovišti,
- možnost i částečného pracovního úvazku,

- podporu odborného růstu a dobré pracovní podmínky,
- zaměstnanecké benefity.

Nástup ihned nebo dle dohody.

Přihlášky včetně životopisu, odborné a zdravotní způsobilosti a výpisu z rejstříku trestů zasílejte na výše uvedenou adresu, případně na e-mail: ipp@ftn.cz

ZDN A131001850

Vedoucí lékař/lékařka

**ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ
SLUŽBA MSK**

přijme vedoucího lékaře/ lékařku na protialkoholní záchytnou stanici v Opavě.

Požadujeme specializovanou způsobilost v základním oboru.

Nabízíme 14. plat. třídu + osobní příspěvek + příspěvek za vedení. Kratší úvazek možný.

Kontakt: e-mail:

elen.kubicova@zssmsk.cz,
tel.: 950 730 448.

ZDN A131001836

Lékař ORL

**SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ
ZAŘÍZENÍ KRNOV, P. O.,**
přijme do pracovního poměru lékaře se specializací v oboru ORL pro ambulantní úsek.

Nabízíme:

- ubytování,
- perspektivu odborného růstu,
- nadstandardní platové podmínky.



PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:
Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz
tel.: 724 561 805

Nástup možný ihned,
výhledově možná
privatizace ambulance.

Kontakt: MUDr. Ivan Pavlák,
náměstek LPP, tel.: 554 690 144,
e-mail: pavlak.ivan@szzkrnov.cz,
Sdružené zdravotnické zařízení
Krnov, příspěvková organizace,
I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov.

ZDN A131001845

a RTG na celý, případně
i částečný úvazek. Znalost
mammodiagnostiky vítána.

Nabízíme:

- možnost ubytování na internátě.
- jednosměnný provoz,
- dovolená 25 + 5,
- plat 50 000 měsíčně + 2x za rok odměny dle výkonů.

Radiodiagnostik

**POLIKLINIKA BŘECLAV,
S. R. O.,**
přijme lékaře-radiodiagnostika s atestací v oboru na oddělení screeningového mammodiagnostického centra

Nástup možný ihned.

Kontakt: p. Lenka Hanáčková,
tel.: 519 303 217, e-mail:
hanackova@poliklinika.cz

ZDN A131001175

NSP Nemocnice s poliklinikou
Karviná-Ráj Karviná - Ráj, p.o.

přijme do pracovního poměru pro interní oddělení, pracoviště Orlová

lékaře

se specializovanou způsobilostí v gastroenterologii.
Licence v břišní sonografii a perkutánní endoskopické gastrostomii výhodou.

Bližší informace poskytnete
primář MUDr. Milan Pavlíček
T: 596 583 412, E: pavlicek@nspka.cz
www.nspka.cz

Inzerce A131001539

Inzerce A131001482

POZVÁNKA

PRACOVNÍ SKUPINA
**KARDIOVASKULÁRNÍ
REHABILITACE ČKS**

pořádá za organizačního zajištění

MEDICAL SERVICES

mf
MLADÁ FRONTA



ČSKA
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST

KONSTANTINOVY LÁZNĚ
LÉČEBNÉ LÁZNĚ A. S.
www.konstantinovy.cz



XXII. LÁZEŇSKÉ KARDIOVASKULÁRNÍ DNY V KONSTANTINOVÝCH LÁZNÍCH 15.-16. BŘEZNA 2013

Registrace a další informace naleznete na www.medical-services.cz

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

a získáte kosmetický balíček 3 výrobků z řady Swisso Logical v hodnotě 1560 Kč

Swisso Logical Skincare

Řada Swisso Logical pro péči o pokožku je založena na aktivní a vysoce kvalitní přírodní složce Echinacea. Výtažek z echinacey používaný při péči o pokožku stimuluje buněčnou činnost, zvlhčuje a zjemňuje pokožku a podporuje přirozený obranný mechanismus pokožky. Přípravky z řady Swisso Logical pro péči o pokožku hydratují a revitalizují pokožku a chrání ji před škodlivými vnějšími vlivy. Švýcarská receptura založená na léčivé bylině echinacea, známé po celém světě. Další aktivní látky: aloe vera, heřmánek, isabgol, líska a bambucké máslo.

Odlíčovací olej na oči

Čistící mléko

Čistící peelingový gel



**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 10. 3. 2013.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 0213**. 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 **ZDN 0213**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lékařská specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. 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 objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jim 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 pochybnosti 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**.

Genová mutace



Přesný cíl



NOVINKA

XALKORI[®]

CRIZOTINIB

**První lék pro pacienty s ALK
pozitivním předléčeným NSCLC^{*1,2}**

Pokrok v personalizované léčbě

*NSCLC - nemalobuněčný karcinom plic

Zkrácená informace o přípravku. XALKORI 200 mg, 250 mg tvrdá tobolka

Léčivá látka: Crizotinibum 200 mg nebo 250 mg v jedné tobolce. **Indikace:** Léčba dospělých pacientů s již dříve léčeným pokročilým nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC) pozitivním na kinázu anaplastického lymfomu (ALK). **Dávkování a způsob podávání:** Nezbytná přesná a ověřená analýza ALK, hodnocení by měly provádět laboratoře s prokázanou zkušeností v používání specifické technologie. Doporučená dávka 250 mg 2x denně. lze snížit na 200 mg 2x denně nebo na 250 mg 1x denně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivo nebo pomocné látky, závažná porucha funkce jater. **Zvláštní upozornění:** Hlášena hepatotoxicita, hlášena pneumonitida, prodloužení QT intervalu, účinky na zrak, možné lékové interakce se silnými inhibitory/induktory CYP3A a substráty CYP3A4 s úzkým terapeutickým indexem, omezené údaje u pacientů nad 65 let. Interakce: Se silnými inhibitory/induktory CYP3A a substráty CYP3A4 s úzkým terapeutickým indexem, se substráty P-glykoproteinu, se substráty UGTs. Crizotinib může indukovat pregnan X receptor (PXR)-regulované enzymy. Opatrnost při podání s léky prodlužující QT interval. **Těhotenství a kojení:** Studie neprovedeny, možné riziko pro plod, nedoporučeno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Minimální. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější jakéhokoliv stupně: poruchy zraku, nauzea, průjem, zvracení, otoky, zácpa a únava. **Předávkování:** Není znám žádný případ. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Balení:** 10 tvrdých tobolek v PVC blistru s folií, 60 tvrdých tobolek v HDPE lahvičce. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/12/777/001-006. **Datum poslední revize textu:** 23.10.2012. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek zatím není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.**

Literatura: 1. Sasaki T. et al, Eur J Cancer. 2010, 46: 1773-80. 2. SPC Xalkori verze 2012.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
telefon: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

Pfizer Oncology

ONC-2012.02.012