



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



4/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 25. 2. 2013



DISKUSE

Kde se dá v našem zdravotnictví ušetřit? Zamyšlejí se představitelé jednotlivých oblastí resortu

STRANA 10



PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Zdenku Ulčovou-Gallovou, DrSc., gynekoložku a reprodukční imunoložku

STRANA 28



LÉKAŘSKÉ LISTY

2/2013 – Dermatologie
Naleznete jako přílohu v tomto čísle



**Emil Zörner (ČAFF):
Stahování léků
z trhu by mělo strašit
pojišťovny a stát,
ne pacienty.**

(více na str. 9)

Odbory bilancují: Situace se od memoranda nezlepšila

Ani dva roky od zažehnání hromadného exodu lékařů se podle lékařských odborů situace v českém zdravotnictví nezlepšila. LOK-SČL proto vyzval všechny lékaře, aby se zúčastnili protestní akce „Den zdraví lékařů“. Proti názoru odborů se staví představitelé ministerstva.

Byly tomu právě dva roky, co zástupci lékařů a vlády podepsali společně „Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví“ a ukončili tak nejrozsáhlejší protest lékařů v historii České republiky. Podle Lékařského odborového klubu (LOK-SČL), České lékařské komory (ČLK) i Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče (OSZSP) je současná situace ve zdravotnictví i nadále neuspokojivá. Předsdkyně OSZSP Dagmar

Žitníková dokonce tvrdí, že je nejkritičtější za poslední dobu.

ČLK s odbory ruku v ruce

Podle předsedy LOK-SČL Martina Engela ministr splnil jen minimum z toho, k čemu se v memorandu s lékaři zavázal. „Samozřejmě nemůžeme být spokojeni, lékaři se cítí podvedeni. Ministerstvo zdravotnictví i vláda již půl roku před vypršením lhůty otevřeně deklarovaly, že závazky ne-

splní, z memoranda udělaly pouhý cár papíru. Opět se potvrdilo, že politické vedení země je ochotno řešit zásadní problémy pouze tehdy, pokud je pod tlakem. A najde v tuto chvíli vůbec o platy lékařů, bavíme se o zachování funkčního zdravotnického systému v České republice,“ uvedl Martin Engel s tím, že vedle podpory protestu „Den zdraví lékařů“ uvažují i o vlastních akcích.

(pokračování na straně 2)

Krizový štáb varuje před drastickým propadem úhrad

Podle nových propočtů Krizového štábu nemocnic, pacientů a odborů budou dopady úhradové vyhlášky tvrdší, než se původně předpokládalo. Pokles úhrad za akutní péči dosáhne nejméně 6 %, u následné péče 5 % a u ambulantní dokonce 10 %.

Krizový štáb provedl na podkladě informací z nemocnic nové modelace dopadů úhradové vyhlášky, jež v tomto světle považuje za alarmující.

Výsledky propočtů vyvolaly mezi zainteresovanými stranami vlnu nevole - ministerstvo zdravotnictví prý dále prohlubuje krizi ve zdravotnictví.

Další čertova kopýtka?

Podle mluvčích krizového štábu Petra Fialy a Václava Krásy nemá současný pokles úhrad v historii období. Záměr snížit úhrady se prý netýká jen nemocnic, ale i soukromých ambulancí, které podle štábu již dnes musejí svým pacientům prodlužovat čekací dobu plánovaných vyšetření. „Po-

stupně jsou odhalovány stále nové základy této vyhlášky ukazující na daleko hlubší pokles úhrad za zdravotní péči, než se původně předpokládalo. Při započtení kumulované inflace za roky 2011-2013 ve výši 7,5 % dojde u akutní lůžkové péče k poklesu o 13,5 %, u následné o 12,5 % a u ambulantní o 17,5 %.“

(pokračování na straně 2)

Odbory bilancují: Situace se od memoranda nezlepšila

(pokračování ze str. 1)

Kromě „nesplněných slibů“ z memoranda odbory i ČLK kritizují zejména restriktivní úhradovou vyhlášku pro rok 2013 a nedostatečný objem financí putujících do systému zdravotnictví. Podle Milana Kubka je třeba zapojit do protestů co nejvíce občanů, neboť ti si prostřednictvím daní zdravotní péči platí. „Chceme, aby občané společně s námi vyjádřili názor, že tato země je dostatečně bohatá na to, abychom mohli mít kvalitní zdravotnictví. A že si to zdravotnictví nenecháme rozbít. Právě podpora pacientů je pro nás velmi důležitá, protože pacienti jsou ti, kdo si platí zdravotní péči,“ řekl prezident ČLK v pořadu „Interview ČT24“.

Potřebu zapojení široké veřejnosti do lékařských protestů akcentuje i Martin Engel. „Dosavadní kroky ministerstva nás vedou k přesvědčení, že cílem současné vlády není reforma zdravotnictví, ale plošná privatizace jak sítě zdravotnických zařízení, tak i prostředků veřejného zdravotního pojištění. České republice reálně hrozí rozpad sítě nemocničních zařízení. Na poli poražených se kromě zdravotníků ocitají především pacienti,“ zdůraznil předseda LOK-SČL roli petice, kterou již pacienti začali v ordinacích lékařů podepisovat.

Ministerstvo vrací úder

Cílená kampaň lékařů na širokou veřejnost vyprovokovala ministerstvo zdravotnictví k přitvrzení vlastní rétoriky. Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera již dialog s ČLK prakticky není možný. Komora se prý uchyluje ke strašení spoluobčanů a odborářským praktikám.

„Katastrofické scénáře odborů i ČLK se za poslední roky staly evergreenem opakujícím se i několikrát do roka. Jako obvykle i tentokrát jsou liché a snaží se jen o vyvolání paniky. Nesmyslné a fakty nepodložené je tvrzení, že nemocnice budou mít na platy a péči jen do října letošního roku. Ze stejné kategorie argumentů je také ten, že kvalita péče se zhoršuje a stav zdravotnictví je nejhorší v jeho novodobé historii. Pacienti jsou do této nečisté hry zataženi jako rukojmí, ať už odepřením péče nebo tím, že po nich bude v ordinaci vyžadován podpis pod petici ČLK,“ kontrovalo ministerstvo. Podle Leoše Hegera je takový postup ČLK „krajně neetický“. „Vztah lékaře a pacienta jistě není možné vnímat jako rovnocenný, pacient je na péči lékaře závislý,“ konstatoval ministr. Náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek (TOP 09) pak upozorňuje na „nekorektnost textu petice“, k níž ministerstvo zdra-



Milan Kubek a Martin Engel. | Foto: Leoš Chodura

votnictví vydalo „Výkladový slovník pro čtení petice ČLK“, ve kterém se pokouší jednotlivé body vyvrátit. „Text petice volá po zvyšování daní, případně prohlubování schodku státního rozpočtu. Zároveň brání každé lůžko v ČR, ať už je potřebné či nikoli. Husota lůžkových zařízení je u nás přitom jedna z nejvyšších v Evropě, více lůžek na obyvatele mají v Evropě pouze dvě země. Medicína se vyvíjí a bránit každé lůžko nedává smysl,“ argumentuje v prohlášení ministerstva náměstek Ženíšek

Praktický nesouhlas

Zřejmě nejbolestivější ranou pro prezidenta ČLK Milana Kubka bylo prohlášení Sdružení praktick-

kých lékařů ČR (SPL), ve kterém se zástupci praktiků zřetelně postavili proti protestní akci komory. Podle výboru SPL jsou za nejnějsšími aktivitami komory silné politické a odborářské vlivy. „Ze strany ČLK bohužel dominuje především hlasité volání po zvýšení mezd lékařům v nemocnicích. Páli bychom to nejenom jim, ale pochopitelně i sami sobě,“ konstatuje SPL.

Přestože sdružení ve svém prohlášení kritizuje ministerstvo zdravotnictví za nečinnost v některých oblastech a vyzývá jej k větší aktivitě především ve věci přípravy a přijetí zákona o zdravotních pojišťovnách, svých cílů chce dosáhnout hlavně prostřednictvím diskuse a kompromisu.

„Požadujeme například přijetí systémových opatření omezujících plýtvání a jasné vymezení rolí jednotlivých poskytovatelů, zrušení preskripčních omezení pro praktické lékaře, zavedení slibované racionalizace lůžkového fondu, podporu přesunu zdravotní péče z lůžkových do ambulantních zařízení, aktivnější roli pacientů a přijetí jejich odpovědnosti za své zdraví,“ uvádějí praktičtí lékaři své priority.

Postoj praktických lékařů, kterým se distancují od aktivity ČLK, ocenil Leoš Heger. „Věřím, že další jej budou následovat a že i mezi lékaři samotnými se najde převážná část těch rozumných, kteří situaci vnímají racionálně, věcně a vědí, že se žádná apokalyptická vize odborů či komory nenaplní,“ vyjádřil své přesvědčení ministr.

Milan Kubek naopak věří, že se v případě SPL jedná spíše o postoj vedení této organizace a že skutečný názor většiny praktických lékařů je opačný.

Filip Kút Citores

Vývoj výběru pojistného od roku 2009	
2009/2008	99,95 %
2010/2009	101,88 %
2011/2010	101,35 %
2012/2011	104,80 %

Zdroj: AČMN

Krizový štáb varuje před drastickým propadem úhrad

(pokračování ze str. 1)

míní krizový štáb, podle kterého byla původní prohlášení ministra Leoše Hegera (TOP 09) o „pouhém“ 2% snížení úhrad „neinformovaná nebo lživá“. Náměstek MZ a předseda správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Petr Nosek to však odmítá. Výpočty krizového štábu jsou prý chybné a zmanipulované a slouží jen ke strašení lidí za účelem zvýšení plateb. „Štáb v propočtech neočistil výběr pojistného o to, co přineslo mimořádné přerozdělení,“ vysvětlil náměstek Nosek pro ČTK.

Nejvyšší výběr – nejnižší úhrady

Krizový štáb v souvislosti s restrikcemi také upozornil na „re-



Václav Krása a Petr Fiala. | Foto: Leoš Chodura

kordní výběr pojistného“, který v minulém roce dosáhl na hodnotu 104,8% předchozího obdo-

bí, což je prý největší nárůst od roku 2009. Podle štábu jsou proto současná úsporná opatření bez-

důvodná. „Krizový štáb považuje toto snížení po předchozím snížení úhrad v roce 2012 nominálně o 2% a reálně o 5,5% za bezprecedentní a bezdůvodné. Příjmy zdravotního pojištění v roce 2012 vzrostly o více než 2% a pro rok 2013 dle materiálu předloženého Vládě ČR by měly vzrůst o 2,4%,“ uvedl místopředseda AČMN a mluvčí krizového štábu Petr Fiala. „Trend růstu výběru pojistného podtrhuje bezdůvodnost drastických restrikcí v úhradové vyhlášce pro rok 2013,“ dodal.

Relativní vyhláška

Petr Nosek katastrofické scénáře krizového štábu odmítá – vyhláška je podle něj totiž to poslední, čím se pojišťovny řídí. „Rozhodující je, co pojišťovny nasmlouvají s poskytovateli a co zaplatí,“

uvedl pro ČTK. Podle jeho slov byla jistá míra restrikce patrná například i v roce 2011, kdy se nárůsty odvíjely od roku 2009. „Ačkoliv náklady v roce 2009, což je 100 procent, činily 210 miliard korun, v roce 2011 skončily na 218 miliardách. Stouply tedy o 8 miliard, přestože vyhláška počítala jen s procentním nárůstem,“ připomněl náměstek Nosek, podle kterého by AČMN měla situaci spíše uklidňovat než „strašit lidi a iniciovat různé petice“.

Krizový štáb ve svém prohlášení vyzval nemocnice, odborové, pacientské a další organizace i občany, aby podpořili protestní akce organizované Českou lékařskou komorou. Štáb prý současně připravuje i vlastní – zatím blíže nespecifikované – akce.

Filip Kút Citores

VZP a protonové centrum svádějí administrativní boj o pacienty

Největší zdravotní pojišťovna považuje ozařování protonovým svazkem za metodu poslední volby. V současné době o ni žádají desítky pacientů a posuzování jejich žádostí trvá již více než měsíc. Délka administrace je předmětem kritiky Proton Therapy Center, které léčbu poskytuje.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ústy svého mluvčího Jiřího Roda veřejnosti sdělila, že není přístupná proplácení protonové terapie z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Bude ji proplácet, pouze pokud bude prokázáno, že léčbu nelze řešit jiným způsobem. „V budoucnu jsme určitě připraveni hrát rovněž protonovou léčbu, ale jen když bude u konkrétního pacienta jednoznačně prokázáno a doloženo, že je to pro něj jediné možné řešení,“ říká ředitel odboru komunikace VZP Vlastimil Sršeň.

„Protonové záření může být v současné době vhodnou léčebnou metodou pouze ojedinelé a jen u vybraných onkologických diagnóz, vždy po vyčerpání či nemožnosti použití v České republice dostupných a hrazených léčebných metod,“ doplňuje předseda Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP (SROBF) Jiří Petera.

Silné důkazy o přínosu protonu

VZP a SROBF společně prohlásily, že „léčba protonovým zářením není v České republice oficiálně uznávanou, standardní léčebnou metodou v podobě konkrétního výkonu zdravotní péče s definovaným obsahem, podmínkami a výší úhrady a dosud u ní nebyly doloženy relevantní výsledky klinických studií o bezpečnosti, účinnosti a nákladové efektivitě“.

Zároveň však Jiří Petera připouští, že „existuje několik diagnóz, u kterých jsou důkazy o klinickém přínosu protonové terapie velmi silné. Jsou to některé nádory oka, baze lební, míchy, páteře a nádory u dětí. Lze předpokládat, že u nich protony díky nižším dávkám na zdravé tkáni umožňují léčit s nižším rizikem vedlejších účinků a možná i vyšší šancí na vyléčení. Existují i jiné situace, kdy standardní fotonová radioterapie neumožňuje optimální ozařování nádorového lo-



Foto: Martin Čermák

žiska při respektování dávkových limitů na zdravé tkáni. Jedná se o vybrané pacienty s nádory vedlejších dutin nosních, plic, jater a prostaty, sarkomy břicha či lymfomy. I u těchto pacientů by měla být zvážena možnost protonové terapie,“ uvedl na obranu nové metody profesor Petera. Jak upřesňuje zástupce Proton Therapy Center (PTC) Vladimír Šulc, vhodné indikace pro protonovou terapii stanovila rada složená z předních odborníků z oblasti klinické a radiační onkologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a PTC, následně byly projednány na půdě výboru Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP. „Výbor odsouhlasil aktivní spolupráci při zařazení protonové terapie do koncepce onkologické péče v Česku. Uvedl, že léčba je primárně vhodná pro 10–15 % pacientů vhodných pro ozařování, což dokonce převyšuje kapacitní množství pražského protonového centra,“ říká Vladimír Šulc.

Dlouhé čekání na udělení výjimky

VZP ve svém prohlášení připouští, že protonové záření představuje do budoucna možnost tech-

nologicky modernějšího způsobu léčby určitých nádorových onemocnění, ale zároveň zdůrazňuje, že se nejedná o jedinou možnost zdravotní péče v případě onkologického onemocnění. Pojišťovna spolu s odbornou společností vyzvala pacienty, aby se nadále svěřovali do péče komplexních onkologických center (KOC), kde je jim péče plně hrazena. „Dosavadní léčba nádorových onemocnění, včetně nejmmodernějších způsobů ozařování, je pro všechny občany České republiky dostupná a plně hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění v komplexních onkologických centrech,“ uvádí mluvčí VZP Jiří Rod.

Jenže právě KOC již podle PTC potvrdila řadě pacientů protonové záření jako nejvhodnější formu terapie a kromě VZP tyto zákroky ostatní pojišťovny proplácí. „Pražské PTC již začalo léčit pacienty, jejichž léčbu zvolila jako zásadně vhodnou komplexní onkologická centra a jejichž pojišťovny léčbu hradí. Desítky klientů VZP však přes měsíc čekají na vyjádření své pojišťovny. Řada z nich přitom dle vyjádření odborníků z onkologických center nemá možnost jiné účinné tera-

pie,“ tvrdí zástupce PTC Vladimír Šulc.

Administrativní kroky, kterými u VZP žádost prochází, více než měsíčnímu intervalu odpovídají. „Žádost o posouzení nároku na úhradu protonové terapie může být vypořádána a posuzována tehdy, pokud bude na smluvně a místně příslušnou regionální pobočku VZP podána příslušným komplexním onkologickým centrem na základě multidisciplinární indikační komise s podpisem vedoucího radiačního onkologa nebo jeho zástupce, který má úplnou specializovanou způsobilost v oboru radiační onkologie. Je třeba přiložit jasné zdůvodnění klinického přínosu protonové léčby oproti fotonům u konkrétního pacienta. Tento postup vyplývá z jednání o protonové terapii, jež proběhlo na MZ ČR dne 22. 1. 2013 za účasti zástupců zdravotních pojišťoven, ministerstva a předsedů České onkologické společnosti ČLS JEP a Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP,“ popisuje postup při posuzování žádosti mluvčí Rod.

Výhodná nabídka léčby prostaty

PTC nyní oznámilo, že vyjednává se zdravotními pojišťovnami podmínky úhrad léčby onkologických pacientů. „Vzhledem k velkému množství nemocných čekajících na zákrok centrum nabídlo pojišťovnám levnější úhrady vybraných typů karcinomu prostaty, které jsou vhodné pro ozařo-

vání. Cena léčby pomocí protonů je tudíž nižší než cena současné moderní fotonové radioterapie,“ uvedl Vladimír Šulc.

Nabídka ozařování protonem se týká všech pacientů, kteří prošli indikačními semináři a lékaři se jednoznačně shodli na doporučení terapie. „Vzhledem k časově náročnému způsobu projednávání individuálních žádostí tak tímto krokem protonové centrum zpřístupní léčbu českým pacientům a rovněž ji výrazně urychlí. Pro pojišťovny tato možnost konkrétně znamená v počtu 1000 pacientů ušetřit náklady za čtvrtinu z nich, které by jinak čekala léčba konvenční metodou,“ dodává představitel PTC s tím, že jde o přímé náklady na ozařování, protože konvenční léčbu dále navyšuje nutná následná péče, která při léčbě protonovou terapií odpadá.

„V České republice se v roce 2013 očekává více než 7 tisíc nových nemocných s karcinomem prostaty. Zvyšování kapacit a možností terapie přináší další naději na lepší léčebné výsledky. Protonové centrum rozšiřuje ve spolupráci s ostatními radioterapeutickými centry možnosti ozařování, jež jsou základem v boji proti nádorovým onemocněním,“ říká hlavní lékař protonového centra Jiří Kubeš.

VZP přesto své pacienty nabádá, aby využili především plně hrazenou léčbu. „V současnosti jsou plně hrazeny například v případě léčby karcinomu prostaty lineární urychlovače, léčba přístrojem CyberKnife a IMRT, tedy radioterapie s modulovanou intenzitou,“ shrnuje mluvčí pojišťovny Jiří Rod.

Petra Klusáková

Předseda AV ČR protony vítá



Foto: Leoš Chodura

„Oceňuji zejména nesporné výhody protonové terapie oproti konvenční fotonové radioterapii. Pro pacienty jde o zásadní posun jak v kvalitě léčby, tak v rychlejší zotavení po samotném ozařování. Považuji za velmi důležité, že vybudováním protonového centra v Praze bude naprosto špičková protonová terapie daleko lépe dostupná i pacientům z České republiky,“ zhodnotil přínos PTC předseda Akademie věd ČR Jiří Drahoš.

Poslanci dali zelenou elektronickým receptům

Odpor senátorů nebyl nic platný. Poslanci odmítli senátní návrh novely zákona o léčivech a podpořili původní poslaneckou verzi, která obsahuje i povinnost výhradního využívání elektronických receptů od roku 2015. Zbývá jen podpis prezidenta republiky.

Povinné využívání elektronických receptů prosadila do novely zákona o léčivech formou pozměňovacího návrhu skupina poslanců v čele s Borisem Štátným (ODS). Právě skutečnost, že se tato povinnost dostala do novely formou „přílepku“, byla jedním z pilířů, na kterém senátoři postavili svou kritiku návrhu s tím, že „na jednání normy nebyl dostatek času a řadě lékařů e-preskripce přinese jen problémy“.

Modernizace a úspory

Jak tvůrci pozměňovacího návrhu, tak i ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) však elektronickou preskripci obhajují jako logický krok na cestě k modernizaci našeho zdravotnictví, která prý má navíc potenciál přinést do

systému úspory v řádech miliard korun. „Primárním cílem elektronické preskripce je modernizace poskytování zdravotních služeb, jež se s ohledem na současný stav vědy a techniky v dané oblasti nezbytným předpokladem pro další efektivní fungování systému zdravotnictví. Záměrem elektronizace je zavedení systému, který umožní odpovídající kontrolu předepisovaných a vydávaných léčivých přípravků ve vztahu k pacientovi, a nikoli pouze *ex post*, nýbrž ještě před provedením preskripce, případně výdeje,“ osvětluje smysl e-preskripce ministr.

Podle Borise Štátného je postoj některých senátorů, lékařů a lékárníků zbytečně zpátečnický. „Já bych chtěl moc poprosit, abychom

se nedostávali do pozice nějakých neoludittů. Luditté na počátku 19. století v Anglii jako hnutí ničili stroje, protože se domnívali, že stroje lidem berou práci, a tak se snažili zabránit rozvoji anglické průmyslové revoluce,“ připomněl. Zároveň však akcentoval především úsporný potenciál zavedení elektronických receptů. „Pokud bychom dnes odmítli elektronickou preskripci, promarnili bychom obrovskou šanci. Elektronizace zajistí obrovské úspory ve zdravotním systému, které odhadujeme nejméně na stovky milionů korun ročně,“ míní poslanec Štátný.

Technická nevybavenost

Česká lékařská komora (ČLK) je v souvislosti s modernizací pre-



Boris Štátný. | Foto: Leoš Chodura

skripčního postupu obává faktické likvidace některých praxí – s problémy se prý budou potýkat zejména lékaři-senioři. „Tato změna přivádí do existenčního ohrožení cca 20 procent lékařů, kteří v současnosti ordinují bez počítače nebo nemají přístup k bezpečnému internetovému připojení. Pokud se nám nepodaří vynutit si změnu zákona, velká část lékařů a lékařek vyššího věku bude muset skončit s provozováním svých praxí bez ohledu na to, že léčí dobře a pacienti mají o jejich služby zájem,“ varoval prezident ČLK Milan Kubek.

Podobně hovoří i senátorka Alena Dernerová, která před poslanci obhajovala legislativní verzi horní komory. Argumenty proti zavedení povinné preskripce ale spatřuje i v rovině ekonomické a společenské. „Třetina lékařů nedisponuje ničím jiným než psacím strojem, tužkou, perem. Zavedením této povinnosti při nezanedbatelné počítačové negramotnosti uživatelů hrozí nenaplnění záměrů navrhovatelů. Reálně riskujeme, že se dočkáme podobných problémů jako s sKartou, a někteří dokonce nazývají elektronickou preskripci „IZIPem číslo dvě“. Vybavení tisíců ordinací lékařů hardwarem a softwarem a další provoz preskripce bude stát stovky milionů korun. Namísto podpory jinak potřebné a účelné elektronizace se zavedení povinné e-preskripce při absenci nadstavbových prvků promění v odmítání elektronizace jako takové,“ obává se senátorka Dernerová.

Leoš Heger považuje odmítání elektronických receptů z důvodu technické nevybavenosti za nešťastné. „Pokud odmyslíme záležitosti, které se týkají averze, jež vznikla z aféry IZIP, a pokud odmyslíme vyjádření různých odborných a profesních usku-

pení na téma, že existují lékaři, kteří nejsou schopni provozovat svou ordinaci s počítačem, pak je k tomu potřeba říct, že tyto body upravují problematiku elektronické preskripce a jejího plošného zavedení i vystavování elektronického receptu po dohodě s pacientem,“ vysvětlil ministr.

Otázka racionality

Podle Milana Kubka byli předkladatelé „přílepku“ motivováni nejen potřebou ospravedlnit dosavadní stamilionové výdaje na nevyužívaný systém elektronických receptů a centrální úložiště dat, ale možná prý i vidinou osobního zisku. Šéfovi ČLK vadí také související posílení role zdravotních pojišťoven. „V případě realizace systém umožní zdravotním pojišťovnám plnou kontrolu nad lékaři, kteří budou smět předepisovat pouze ty léky, jež jim zdravotní pojišťovny ve svých pozitivních listech povolí,“ konstatuje Milan Kubek, který v argumentaci předkladatelů návrhu spatřuje spíše více důvodů pro zastavení implementace elektronické preskripce.

„Kolik peněz bude tento systém stát státní rozpočet? Kolik zaplatí navíc systém veřejného zdravotního pojištění? Jak se zvýší náklady zdravotnických zařízení? Skutečnost, že systém elektronické preskripce v současnosti reálně nefunguje a že o využívání elektronické preskripce zdravotnická zařízení nemají zájem, přece nemůže být považována za racionální zdůvodnění pro jeho povinné zavádění,“ domnívá se prezident ČLK a v této souvislosti apeluje především na praktické lékaře, jejichž sdružení se nedávno postavilo proti akci „Den zdraví lékařů“, aby „začali hájit svoje zájmy“ a symbolický protest komory podpořili.

Filip Kůt Citores

Co přináší novela zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech

Po podpisu předsedy vlády, předsedkyně poslanecké sněmovny, prezidenta republiky a publikaci ve Sbírce zákonů během března by novela mohla být účinná již od 2. dubna 2013. Některá ustanovení však mají odloženou účinnost.

- Nová pravomoc SÚKL posuzovat klamavost názvu přípravku ve vztahu k cílové skupině a obsahu SPC při registraci.
- Možnost udělení podmíněné registrace léčivého přípravku.
- Změna podmínek klasifikace humánních léčivých přípravků pro výdej a prodej vyhrazených léčiv a zavedení nové kategorie výdeje léčivého přípravku na lékařský předpis s omezením.
- Zavedení nemocniční výjimky pro léčivé přípravky pro moderní terapie.
- Doplnění pravidel a definic pojmů v souvislosti s realizací neintervenciálních poregistračních studií.
- Držitel rozhodnutí o registraci má nově hradit provozovatelům prokázané náklady na stažení přípravků + náklady zdravotních pojišťoven a pacientů.
- Rozšíření správních deliktů a zvýšení sankcí → nejvyšší sankce až 20 mil. Kč (např. za nezajištění služby kva-

lifikované osoby), další limit 5 mil., 2 mil., 300 tis., 100 tis. Kč atd.

- Nová definice „padělaného léčivého přípravku“, zavedení ochranných prvků na obalu.
- Úprava pravidel pro výrobu, dovoz, distribuci i využití účinných látek, nová pravidla pro zprostředkování.
- Širší souvislosti elektronické preskripce.
- Úprava pravidel pro změnu registrace a kontrolu dozoru nad dodržováním zákona.
- Nové povinnosti distributora – například ověřit, zda distributor, od kterého nakupuje, dodržuje správnou distribuční praxi, že přípravky nejsou padělané apod.

Ustanovení s odloženou účinností

- Ustanovení § 70 odst. 3 až 6 novely, týkající se distribuce a výroby léčivých látek, je účinné od 2. 7. 2013.
- Ustanovení § 37 odst. 7 a 8, § 64a, novely § 66 odst. 1 a § 67 odst. 4

písm. l) novely nabývá účinnosti uplynutím 3 let ode dne vyhlášení aktů vydaných Evropskou komisí v přenesené působnosti, týkajících se zabránění vstupu padělaných léčivých přípravků do legálního dodavatelského řetězce.

- Ustanovení § 35 novely, týkající se změn registrací a související změny, nabývá účinnosti dne 4. 8. 2013.
- Některé nové povinnosti distributorů, držitelů rozhodnutí o registraci a výrobců, uvedené v § 33 odst. 2 novely, § 33 odst. 3 novely, § 42 odst. 2 a 8 novely, § 77 odst. 1 písm. p) novely, § 93i odst. 1, 2, 6 a 7 novely, přijaté v souvislosti s opatřeními proti padělkům, nabývají účinnosti dne 28. 10. 2013.
- Ustanovení § 101 novely, týkající se kontrolní činnosti, nabývá účinnosti dne 1. 1. 2014.
- Ustanovení § 80 novely a související ustanovení, týkající se preskripce léčiv, nabývá účinnosti dne 1. 1. 2015.

(Zdroj: Advokátní kancelář KMVS)

Elektronizace v duchu tradic

Elektronické recepty zřejmě budou povinné. Chaos hrozí bohužel už z principu.

Je to především vinou českých politických elit, že v naší zemi už prakticky nelze nebýt sýčkem. A to ani v záležitosti na první pohled tak bohubíbe, jako je plný přechod na elektronické recepty.



Martin Čaban

Ale ano, těch argumentů pro je dlouhá řada. Je třeba je uvést, tak ať to máme za sebou: těžší falzifikace receptů, přesnější evidence farmakoterapie konkrétního pacienta, zamezení lékovým duplicitám, přehled o předepisování léků s pseudofedrinem, snazší zjištění podezřelých nárůstů počtu předepsaných léků v konkrétním zdravotnickém zařízení a mnoho dalších, v neposlední řadě to, že už nějaký ten rok žijeme ve 21. století. Sem s tím, chtělo by se

volat. Ale to bychom také už nějaký ten rok nesměli žít zrovna v Česku.

Pokoutní přílepek

Odkazem na 21. století by se případně dal odbýt hlavní argument, s nímž proti povinným eReceptům vystupuje například prezident ČLK Milan Kubek – tedy že nějakých 20% lékařů buď vůbec nemá v ordinaci počítač, nebo nedisponuje připojením na internet. To by se dalo řešit. Jenže problematických míst je v návrhu schváleném poslanci přes nesouhlas senátu mnohem víc.

Tak například způsob, jímž se povinnost používat eRecepty dere do našeho právního řádu. O elektronických receptech se debatou

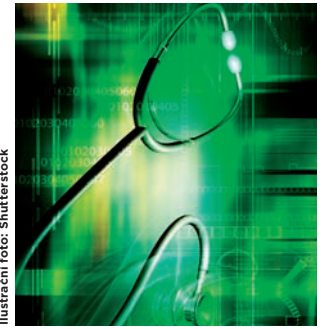
je deset, možná více let. Máme za sebou ostudu z roku 2009, kdy bylo centrální úložiště kvůli právnímu diletantismu na ministerstvu zdravotnictví a v SÚKL rozcupováno Úřadem pro ochranu osobních údajů chvilku po svém spuštění. Od té doby se dalo celkem do kupy a elektronické recepty – těch pár, co jich je – uchovává. Za takové situace je dost podivné, že nápad s povinným přechodem výhradně na eRecepty přichází pokoutně ve formě poslanceckého přílepku k vládní novele, která měla zákon o léčivech původně jen srovnat do latě s jakýmsi evropskými standardy.

Další blamáž na cestě?

Návrh také přichází zrovna ve chvíli, kdy ministerstvo chystá tendr na vytvoření koncepce elektronizace zdravotnictví. Nebylo

by bývalo lepší s povinným eReceptem počkat až na tuto koncepci a vpassovat jej přímo do jejího rámce? Bylo. Jak velká je pravděpodobnost, že sněmovnou schválená podoba eReceptu do koncece nezapadne, a bude tedy třeba dělat v lepším případě novou novely zákona? Velká.

Dále by vládní poslanci mohli vzít na vědomí, jaké jméno si jejich vláda udělala v souvislosti s IT zakázkami a výzvami. Jsou skandály kolem registru vozidel, provozu na úřadech práce, sKaret, systému výplat sociálních dávek a korupční aféry na ministerstvu práce a sociálních věcí málo na to, aby další velký státní IT projekt prošel bedlivou diskusí a maximálně korektním legislativním procesem? Zřejmě ano. A skutečně někdo věří, že se v tomto prostředí podaří připra-



Ilustrační foto: Shutterstock

vit hladký přechod na plně elektronický systém receptů během necelých z let, když nejpozději příští rok jsou sněmovní volby? Zřejmě ne.

Pro schválení povinných elektronických receptů se ve sněmovně zdvihly 102 paže. Dvanáct z nich mělo za ramenním kloubem jedince ověčeného titulem MUDr. Odpor mezi lékaři tedy není tak jednohlasný, jak by rád viděl prezident Kubek, a následky pro branži asi nebudou tak tragické, jak věští. Přesto je hrozba tradičního českého chaosu velmi reálná.

Inzerce A131001142

BHS PARTNER PRO ČESKOU REPUBLIKU

EXPERTS FOR THE SOLAR DECADE.

PHOTON ENERGY

Nekonečná energie pro Vaše portfolio

8% roční výnos s čtvrtletní výplatou

Detaily dluhopisu

Úpis do: 11. 3. 2013

Doba splatnosti: 5 let

ISIN: DE000A1HELE2

Segment: Open Market, Deutsche Börse AG

Detailní informace a prospekt cenného papíru najdete na www.photonenergyinvestments.com

V případě zájmu o nákup dluhopisů se obraťte na obchodníka s cennými papíry BH Securities a.s.

Tel.: +420 255 710 711 www.bhs.cz



Laboratoře míní, že akreditace sama o sobě kvalitu služeb nezvýší

Sdružení privátních diagnostických laboratoří (PRIVALAB) vydalo prohlášení, v němž se ohraduje proti podmiňování výše hodnoty bodu vlastnictvím certifikátů kvality. Podle sdružení je činnost laboratoří nadměrně ekonomicky zatěžována.

Soukromé diagnostické laboratoře prohlášením reagovaly na návrh úhrad ambulantního laboratorního komplementu, který vychází z úhradové vyhlášky a dalších požadavků, jež se objevily ze strany zdravotních pojišťoven. Podle sdružení PRIVALAB ministerstvo při tvorbě finálního návrhu úhradové vyhlášky s laboratořemi dostatečně nekomunikovalo.

„V průběhu podzimu roku 2012 jsme se účastnili několika jednání na ministerstvu zdravotnictví, ale neměli jsme možnost detailně diskutovat o organizačních, odborných a zejména ekonomických aspektech, které souvisejí s procesy akreditace

dle ISO ČSN 15189, případně auditu NASKL II, vysvětlil předseda sdružení Jaroslav Loucký, podle něhož už v předchozích letech došlo v segmentu laboratoří k velmi dramatickému snížení úhrad a podmiňování výše hodnoty bodu zmíněnými certifikáty situací laboratoří ještě zhoršuje.

Chyby v interpretaci vyhlášky

PRIVALAB ve svém prohlášení upozorňuje na fakt, že akreditace představují proces dobrovolného zvyšování kvality práce v laboratoři. „V současné době nejsou tyto požadavky, s výjimkou genetických vyšetření, legislativně vyžadovány a nejsou ani vytvoře-

ny základní podmínky pro ekonomické vyjádření procesu akreditace v návaznosti na sazebník výkonů,“ říkají zástupci privátních laboratoří.

Sdružení též polemizuje se samotnou interpretací úhradové vyhlášky ze strany zdravotních pojišťoven. Podle něj vyhláška jasně definuje, že pokud zdravotnické zařízení neprokáže, že je držitelem certifikátu ČSN 15189 nebo NASKL II, je hodnota bodu snižena na 0,55 Kč. Sdružení však upozorňuje, že vyhláška jednoznačně hovoří o zdravotnických zařízeních, která mají zaveden systém managementu kvality, a jsou tedy akreditována. „Žádné další podmínky, výčet metod

či jejich spektrum nebo vazba na výkony v této vyhlášce uvedeny nejsou,“ uvádí PRIVALAB a apeluje na zdravotní pojišťovny, aby dodržovaly platné znění úhradové vyhlášky.

Náhlá změna pravidel

Jakékoli změně „pravidel hry“ by podle zástupců laboratoří měla předcházet podrobná diskuse se všemi zúčastněnými. „Pro zdravotnická zařízení je velmi obtížné reagovat na další požadavky, které jsou vytvářeny během už probíhajícího období, tedy roku 2013. Domníváme se, že oboustranně funkční systém musí být vždy definován s dostatečným časovým předstihem a po vzájem-

né dohodě mezi plátcí a poskytovatelem zdravotních služeb,“ míní Jaroslav Loucký. Sdružení PRIVALAB by proto chtělo spolupracovat s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami při vytváření požadavků a podmínek úhrady zdravotních služeb v roce 2014.

„Naším zájmem je nastavení kvalitativních parametrů pro sledování činnosti laboratoří tak, aby vynaložené prostředky na zdravotní služby byly využity účelně. Jsme přesvědčeni, že v současné době dochází ke zbytečnému a nadměrnému ekonomickému zatěžování činnosti laboratoří, kdy neúměrně velká část prostředků na zdravotní služby je vynakládána na administrativní a další související výdaje, které skutečnou kvalitu služeb pro pacienta nijak nezvýší,“ konstatuje PRIVALAB.

Filip Kút Citores

Vzniklo centrum pro vzácná onemocnění krvetvorby

Pacienti se vzácnými vrozenými a získanými poruchami krvetvorby a vzácnými poruchami hemostázy budou v Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze (ÚHKT) léčeni v nově zřízeném Centru pro vzácná onemocnění.

Specializované pracoviště bude koordinovat projekty klinické i laboratorní povahy souvi-

jející se vzácnými poruchami (vzácným onemocněním červené krevní řady, chudokrevností

a vrozenými krvácivými stavy) na léčebné i výzkumné úrovni. Centrum chce zajistit komplexní, cílenou léčbu včetně speciálních léčebných přístupů a diagnostiky. Ta bude kromě standardních laboratorních metodik zajištěna díky molekulárněgenetickým a speciálním vyšetřením.

„Současná medicína již umožňuje velmi přesně diagnostikovat řadu poměrně vzácných geneticky podmíněných onemocnění, která potom lze v mnoha případech léčit. To platí i pro hematologii a náš ústav disponuje rozsáhlou škálou moderních metod včetně molekulárněbiologických diagnostických metod krvetvorby. U mnoha lidí jsme schopni zajistit léčbu těchto vzácných onemocnění, která je nejen inovativní, ale i vysoce efektivní.

Centralizace těchto pacientů tak umožní lepší a rychlejší diagnostiku i předcházení vzniku dlouhodobých následků a pro zdravotnický systém zároveň efektivní a zvládnutelnou cílenou léčbu,“ podotýká ředitel ústavu profesor Marek Trněný.

Plynulý přechod dětských pacientů

ÚHKT v této oblasti velmi úzce spolupracuje s Klinikou dětské hematologie a onkologie FN Motol (KDHO). Obě instituce se podílejí na diagnostice chorob krvetvorby a děti s těmito chorobami přecházejí po 18. roce věku plynule z KDHO do péče ÚHKT. „Jsme přesvědčeni, že zřízení centra je velmi důležitý krok pro nemocné zejména z důvodu urychlení jejich diagnózy a také včasného

zahájení optimální léčby,“ doplňuje primář lůžkového oddělení ÚHKT, vedoucí Centra pro vzácná onemocnění ÚHKT a předseda České hematologické společnosti ČLS JEP Jaroslav Čermák.

Spolupráce na registrech

Centrum chce také nadále prohloubit spolupráci s významnými českými i zahraničními specializovanými hematologickými centry. „Ve spolupráci s Institutem biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně a v návaznosti na MDS registr (pacienti s myelodysplastickým syndromem) bude vytvořen registr nemocných s paroxysmální noční hemoglobinurií (PNH). Ve spolupráci s KDHO, Univerzitou Palackého a Fakultní nemocnicí Olomouc i dalšími českými hematologickými centry pro dětské i dospělé nemocné plánujeme vybudovat rovněž registr vrozených chorob červené krevní řady,“ uzavírá docent Čermák.

(klu)



Foto: archiv ÚHKT

Redukce lůžek v Orlové se odkládá. Nemocnice může dál vzdělávat mladé lékaře

Nemocnice v Orlové podepsala rámcovou smlouvu se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP). Jednání za účasti zástupců Moravskoslezského kraje skončila, alespoň prozatím, úspěšně. V roce 2013 by se neměla rušit žádná lůžka.

Ortopedii nemocnice v Orlové hrozilo kvůli plánované redukci lůžek, že nebude splňovat požadavky na zařízení udělující atestace II. stupně. Limit pro takové oddělení je minimálně 40 lůžek.

Rozhodne analýza

Na ortopedii v Orlové, chirurgii tamtéž a očním oddělení v Karviné se měl v rámci restrukturalizační redukce počet lůžek. Jednání nakonec dopadla jinak. „V této

chvilí zůstává lůžkový fond pro rok 2013 na původních číslech,“ uvedl pro naši redakci ředitel obou nemocnic Petr Kovařík.

VZP, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a Revírní bratrská pokladna ZP přitom dle jeho slov požadují, aby v průběhu letošního roku byla všechna tato oddělení podrobena analýze. Na jejím základě bude rozhodnuto, zda k rušení lůžek nedojde někdy v budoucnu. K dohodě s Oborovou zdravotní pojišťovnou (OZP) se

zatím neschyluje. Podle ředitele Kovaříka je komunikace s touto pojišťovnou velmi špatná, repektive téměř žádná.

Méně lůžek ohrozí pacienty

Rušení lůžek na ortopedii by dle názoru vedení nemocnice mohlo vést i k poškození pacientů. „Se snížením počtu lůžek bychom museli sloučit dosud samostatná oddělení aseptiky a septiky, což by mohlo způsobit nakažení



Ilustrační foto: Shutterstock

neinfikovaných pacientů a tím i komplikace dosud bezproblémové léčby,“ varoval Petr Kovařík. Orlová je údajně jediná nemocnice v kraji, která má tato oddělení k dispozici. Vedení nemoc-

nice hodlá v budoucnu o těchto otázkách jednat jak s Českou společností pro ortopedii a traumatologii, tak s ministerstvem zdravotnictví.

Irena Soukupová

O miliardový tendr v Náchodě soutěží už jen dva uchazeči

Do druhého kola tendru na modernizaci Oblastní nemocnice Náchod postoupili dva ze sedmi uchazečů. Námitky proti rozhodnutí kraje podali čtyři z nich. Vyřazené firmy měly dle kraje nejčastěji nedostatky v referenčních stavbách.

V prvním kole, ve kterém se posuzovaly kvalifikační předpoklady podaných nabídek stavebních společností, neuspěly společnosti OHL ŽS, Průmstav, VCES, Skanska a Sdružení Náchod spojující firmy Geosan a Strabag.

Právní kancelář námitky odmítá

„Řádné námitky podaly firmy Průmstav, Skanska, VCES a Sdružení Náchod. Po prostudování podaných námitek jsme neshledali důvody, které by doložily, že do-

datelové v zadávacím řízení prokázali splnění kvalifikačních předpokladů v rozsahu a způsobem požadovaným zákonem a zadavatelem,“ přiblížil závěry právní analýzy Tomáš Nevečeřal z právní kanceláře, která tendr pro Králo-

věřadecký kraj organizuje. Kraj prozatím zamítl námitky Průmstavu. Rozhodovat bude o námítkách firmy Skanska. Neúspěšní zájemci se po případném zamítnutí námitek mohou obrátit na antimonopolní úřad.

Kritika opozice neustává

Do druhého kola soutěže postoupila firma BAK Trutnov a Sdružení Nemocnice Náchod, jehož členy jsou Metrostav a Hochtief. Tém už kraj zaslal výzvu k podání cenových nabídek se lhůtou do 15. března. Modernizace nemoc-

nice je největším současným investičním projektem kraje. Právní opozice projekt dlouhodobě kritizuje a označuje za předimenzovaný. To vedoucí představitelé kraje z ČSSD odmítají. Samotné stavební práce by měly začít ve druhém čtvrtletí letošního roku a skončit za 27 měsíců.

V rámci své spádové oblasti pokrývá nemocnice, která je po FN Hradec Králové druhým největším zdravotnickým zařízením v kraji, zdravotní péči pro 150 tisíc obyvatel a na odděleních má celkem 650 lůžek.

(iso, ČTK)

Pardubický kraj znovu zjišťuje spokojenost pacientů

Po loňské zkušební anketě věnované spokojenosti pacientů ve čtyřech nemocnicích kraje bylo zahájeno na začátku února další kolo průzkumů, a to ve všech pěti nemocnicích akutní péče.

Pacienti nemocnic v Pardubicích, Chrudimi, Ústí nad Orlicí, Litomyšli a Svitavách budou hodnotit svou spokojenost s hospitalizací, ambulantní péčí a porodnicí na tištěných dotaznících nebo prostřednictvím on-line dotazníku na webu nemocnic a Pardubického kraje.

Inspirace pro změnu

„Z minulých anket se nám sešla řada podnětů a nemocnice na nich nyní pracují,“ uvedl náměstek hejtmana

zodpovědný za zdravotnictví Roman Línek. „Do budoucna bychom chtěli zapojit také rodiče dětí i samotné děti od 12 let a dále příbuzné pacientů, kteří sami nejsou schopni odpovídat,“ dodal Línek.

Anketa je zcela anonymní a vyhodnocování probíhá mimo danou nemocnici, a to nezávislými osobami, uvedla Eva Havlíková, která se podílela na přípravě anket a spoluprací s Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Nedostatky v hygieně komunikaci, důstojnosti

V prvním kole se anketu zúčastnilo 2300 pacientů. Při známkování zdravotní péče dalo nemocnicím jedničku a dvojku 95 % dotázaných, u porodnic 91 %.

Pacienti ale zároveň upozorňovali na nedostatky v hygieně, v režimu buzení nebo na kvalitu stravování. Problematictější je podle nich také přístup k informování nemocných a jejich důstojnosti.

(iso)

Roudnická nemocnice se domluvila s VZP

Dlouhodobý spor o záchranu Podřipské nemocnice v Roudnici nad Labem je u konce. Zachována budou všechna oddělení včetně porodnice. Za nemocnici se postavili občané i senátoři, kteří svým usnesením doporučili pojišťovně pokračování spolupráce.

Rámcová smlouva se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) platí od začátku roku. Nemocnice na svých stránkách poděkovala všem zúčastněným za podporu.

O porodnici se ještě bude jednat

Po dobu 5 let platí smlouva pro LDN a ošetrovatelská lůžka, ale také internu a chirurgii včetně JIP. Dětské oddělení dostalo dle vyjádření zástupců nemocnice smlouvu

na dalších 18 měsíců. „V okamžiku, kdy doložíme personální zajištění gynekologicko-porodnického oddělení, bude nasmlouváno i to a zároveň s ním novorozenecké oddělení,“ uvádí nemocnice na svých webových stránkách.

Gynekologicko-porodnické oddělení muselo být již na podzim loňského roku uzavřeno kvůli nedostatku zdravotnického personálu. Lékaři podávali výpovědi právě kvůli jeho nejistě budoucnosti.

(iso)

Ombudsman bojuje za plně hrazený lék v každé ATC skupině

Úřad veřejného ochránce práv vyslyšel podnět Svazu pacientů, který jej ústy svého prezidenta Luboše Olejára informoval o tom, že se na pacientskou organizaci obrací stále více pacientů s problémem doplateků za léky a chybějících léků.

„Svaz pacientů ČR v srpnu 2012 předal Úřadu veřejného ochránce práv stížnost s podněty občanů na nezákonný stav, který způsobily Ministerstvo zdravotnictví ČR a SÚKL tím, že přecenily léky a současně ministerstvo nechalo vyřadit léky do 50 Kč ceny z úhrady z veřejného zdravotního pojištění, čímž způsobily neústavní situaci,“ upozornil Luboš Olejář před časem zástupkyni ombudsmana Pavla Varvařovského. Zástupkyně veřejného ochránce práv Jitka Seitlová se v této souvislosti obrátila na Státní ústav pro kontrolu léků (SÚKL) se žá-

dostí o vyjádření a zjednání nápravy, protože ve dvou skupinách léků (antimigrenika a hormony štítné žlázy) dle databáze léků SÚKL neexistuje žádný plně hrazený lék.

Jak zjistila naše redakce, Jitka Seitlová získala v těchto dnech vyjádření ústavu a absolvovala i jednání se SÚKL a ministerstvem zdravotnictví, které se podle mluvčí ombudsmana Ivy Hrazdilkové neslo ve znamení snahy co nejrychleji vyřešit slabiny a nejasnosti. Oficiální vyjádření zástupkyně Seitlové však zatím kancelář ombudsmana

zveřejnit nechce, nejprve bude informovat dotčené orgány státní správy, které budou mít lhůtu 30 dnů, aby k ní zaujaly stanovisko a informovaly ji o konkrétních krocích, které k nápravě podnikají.

Pokuta za nedodržení časové a místní dostupnosti

Na podnět pacientských organizací zástupkyně ombudsmana prošetřuje také dostupnost zdravotní péče. V této souvislosti nedávno upozornila, že jestliže zdravotní pojišťovna nezajis-

tí poskytování hrazené služby svým pojištěncům, včetně místní a časové dostupnosti, tedy například dodržení maximální stanovené čekací doby na operaci, může jí ministerstvo zdravotnictví udělit vysokou pokutu.

„Přestože právní předpisy České republiky přesně vymezují časovou a místní dostupnost zdravotní péče, v praxi jsou tato práva pacientů porušována. Stát má přímo v zákoně o veřejném zdravotním pojištění nástroj, kterým může dodržování stanovených lhůt vymáhat. Za nedodržení stanovených lhůt může udělit

pokutu až do výše 10 milionů korun,“ říká Jitka Seitlová a připomíná, že konkrétní dojezdové doby a čekací lhůty na jednotlivé zákroky definuje Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o časové a místní dostupnosti zdravotních služeb, účinné od 1. ledna 2013.

„Jestliže pacient zjistí, že mu poskytovatel zdravotních služeb není schopen poskytnout potřebnou péči ve stanovené lhůtě, měl by se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu a žádat zajištění léčebného výkonu v zákonné lhůtě,“ uzavírá zástupkyně ombudsmana. Pokud zdravotní pojišťovna tuto povinnost nesplní, měl by se pacient domáhat svých práv a dodržování právních předpisů u ministerstva zdravotnictví.

Petra Klusáková

Hospic Malovická nedobrovolně opouští jeho provozovatel

Občanské sdružení Hospic Štrasburk, které provozuje Hospic Malovická, dostalo koncem loňského roku výpověď z nájmu od městské části (MČ) Praha 4, kde hospic sídlí. Přechod pod jiného provozovatele provází soudní spor.

„V předvánoční době (13. 12. 2012) jsme obdrželi 2měsíční výpověď z nájmu s tím, že bychom po uplynutí této lhůty měli budovu a pozemek vyklidit a předat prázdné pronajímateli – městské části Praha 4. Proti výpovědi jsme se ohradili, a to podáním žaloby k soudu na její neplatnost. Soud nám vyhověl nařízením předběžného opatření proti vyklizení. Odmítli jsme sklopit hlavu, dávat zaměstnancům výpovědi v době Adventu, zastavit příjem pacientů do hospicu a stávající pacienty rozmísťovat do obdobných zařízení v Praze či jejím okolí,“ sdělil naši redakci právník hospicu JUDr. Tomáš Fr. Kordač.

Spory o porušení smlouvy

Městská část Praha 4 argumentovala ústy svého mluvčího Jiřího Bigase tím, že „nájemce uzavřel příslušné pojistné smlouvy a nepředložil kopie příslušných pojistných smluv pronajímateli na vědomí, ačkoli byl povinen

uzavřít pojistné smlouvy na majetek MČ v jeho užívání, s výjimkou smluv na majetek pronajímatele, který již byl pojištěn“. To však právník hospicu popírá. „Ke splnění této povinnosti pronajímatel ve smlouvě nestanovil lhůtu. Již 26. 9. 2011 jsme žádali MČ Praha 4 o sdělení informací o pojistných smlouvách, abychom zjistili, který majetek máme pojistit. Na tuto výzvu jsme do dnešního dne neobdrželi žádnou reakci,“ uvedl Tomáš Kordač. Dalším údajným porušením nájemní smlouvy, a tudíž důvodem zkrácení výpovědní lhůty ze 12 na 2 měsíce je podle MČ Praha 4 neuhrazení uplatněné smluvní pokuty a úroků z prodlení v celkové výši 370 tisíc korun. To ovšem dle slov JUDr. Kordače nebyla povinnost uložená smlouvou, a nelze ji tedy uvádět jako důvod zkrácené výpovědi. Sdružení Hospic Štrasburk smlouvu nepopírá, ale připomnělo, že městská část vydala 12. 12. 2012 rozhodnutí za-

stupitelstva („generální pardon“, městskou částí nazvaný „dluhová amnestie“), kterým promíjí všem svým dlužníkům příslušenství dluhu – úrok z prodlení a smluvní pokutu. „To však MČ nebránilo v tom, aby nám 13. 12. 2012 poslala výpověď s důvody, mezi kterými byla i tato pokuta,“ posteskl si právník.

Třetím důvodem k výpovědi bylo dle MČ Praha 4 poškození městské části tím, že „pacientům byl v hospicu neoprávněně účtován poplatek za nadstandardní vybavení pokojů, ačkoli tento nadstandard byl pořízen nákladem městské části, tedy že nájemce neprovedl úpravy standardních pokojů na pokoje nadstandardní“. Podle Tomáše Kordače jde o neoprávněně poškození, protože městská část podle něj věděla, že „ve všech hospicích je pacientům účtována takzvaná denní taxa, která slouží jen k částečnému krytí těch služeb provozovatelů hospiců, které nelze pokrývat ji-

ným způsobem. Tato denní taxa zahrnuje i regulační poplatek ve výši 100 korun na den, k jehož výběru je hospic jako zdravotnické zařízení povinnán. Navíc nic takového nájemní smlouva navrhovatel nezakazuje a ani k tomu nestanoví jakákoli jiná pravidla,“ uvádí právník.

Obava o budoucí kvalitu a dostupnost

Praha 4 nakonec přistoupila k poněkud pozvolnějším předání zdravotnického zařízení. „S Hospicem Štrasburk bylo dohodnuto, že městská část nyní vypracuje návrh dohody o ukončení nájemní smlouvy mezi MČ Praha 4 a Hospicem Štrasburk. Hospic Štrasburk podle ní zajistí péči o pacienty do 30. června 2013. Poté bude provoz v Hospicu Malovická zajišťovat Zdravotnické zařízení městské části Praha 4, které převezme pacienty i personál,“ podotýká mluvčí Prahy 4 Jiří Bigas. Definitivní termín a pod-



Hospic Malovická. | Foto: www.jph.cz

mínky předání hospice však zatím nejsou redakci známy. Situaci mezi provozovatelem a nájemcem sleduje také Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), která se zapojila do jednání ve snaze obě strany smířit. „Asociace vítá další pokračování provozu Hospicu Malovická, nikoli ukončení jeho působení. Zároveň věří, že nový provozovatel, ať se jím stane kdokoli, bude dodržovat pravidla hospicové péče dle Standardů kvality APHPP, na kterých trváme jako nutné podmínce pro poskytování kvalitní péče. V případě zájmu ze strany MČ Praha 4 či nového provozovatele je APHPP připravena jim metodicky pomoci, aby péče o terminálně nemocné byla zajištěna na maximální možné kvalitativní úrovni a při zachování finanční dostupnosti pro každého potřebného,“ vyjádřili se k budoucnosti hospicové péče na Praze 4 zástupci asociace.

Petra Klusáková

Regulace maximálními cenami léků je mnohdy absurdní

O postoji farmaceutického průmyslu k tlaku státu na ceny a úhrady léků a na problémy se vstupem nových léků na trh jsme se zeptali výkonného ředitele České asociace farmaceutických firem (ČAFF) Dr. Emila Zörnera.

ČAFF se nebývale ostře ohradila proti způsobu, jakým jsou v České republice stanovovány maximální ceny léků. Tvrdíte, že u řady léků nyní hrozí jejich úplné stažení z trhu. Není to jen strašení občanů?

Budou-li firmy státem donuceny stahovat léky z trhu kvůli ztrátovosti, pacienti – alespoň ta šťastnější většina – mohou klidně spát. V případě stahování léků se jen v ojedinělých případech nenajde hodnotná náhrada. Kdybychom tedy vůbec chtěli někoho strašit, tak spíše pojišťovny a stát.

Z pohledu pacienta je to tedy pouze otázka mírného zúžení nabídky...

Pozor, omezování cen se v těchto dnech zaměřilo zrovna na již beztak nejlevnější přípravky. Pokud se firmy rozhodnou neobchodovat ztrátové přípravky, najde se ve většině případů nějaká náhrada, ale mnohdy bude dražší. Recepty za tyto léky musejí zaplatit pojišťovny, případně vyšší doplatek pacient. Původně deklarovaná úspora se tedy mění v pravý opak.

Vezměme konkrétní případ přípravku. Tvrdíte, že Ospen 750 je jediný preparát svého druhu na trhu a kvůli postupu ministerstva hrozí, že nebude pro české pacienty k dispozici. Ministerstvo zdravotnictví však nesouhlasí a připomíná Ospen 400...

Ten, kdo vám dal tuto odpověď, si je jistě vědom, že dvě dávky Ospenu 400 přibližně nahradí jednu dávku Ospenu 750. Ministerstvo zdravotnictví si ale mělo u svého podřízeného orgánu – Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) – ověřit, že zásobování sirupem Ospen 400 zaznamenalo dočasný výpadek, takže případná náhrada nebyla dočasně možná.

Obecnou otázkou zůstává, zda pro poskytovatele zdravotní péče není riskantní mít v důležitých terapeutických skupinách zastoupeného jenom jediného výrobce.

Ve svém prohlášení poukázujete na „absurdní regulaci cen léků“. V čem spatřujete onu absurditu?

Regulace cen léků není vždy absurdní. Je asi oprávněná tam, kde by mohlo dojít k nepřiměřeným cenovým požadavkům. Přínejmenším zbytečná je však tehdy, když na trhu existuje dostatek konkurenčních přípravků a tržní mechanismy regulují cenu samy.

Regulace cen rozhodně není nezbytná, pokud se pro léky stanovuje úhrada z veřejného zdravotního pojištění. Stále se totiž podceňuje skutečnost, že si žádná firma nemůže dovolit stanovit cenu vysoko nad úhradou, protože lék s nadměrnou spoluúčastí pacienta se stává neprodejným. Samotná výše úhrady je tedy hlavním a nejdůležitějším regulativem nákladů na léky.

Absurdita regulace maximálními cenami se naplno projevuje v okamžiku, kdy neúměrné snižování cen podporuje vývoz do zahraničí anebo způsobuje nedostatek léků na trhu – vyháání, neumožňuje vstup nebo posílá levné preparáty z českého trhu na zahraniční a nahrává dražším přípravkům.

Co v současně platné legislativě, podle které se regulace cen léků řídí, považujete za nejvíce problematické?

Regulace cen a úhrad spočívá na pochybném principu mezinárodního cenového porovnání. Národní lékové trhy však mají svá specifika poskytování zdravotní péče, jsou ovlivňovány místními terapeutickými zvyklostmi, používají jiné velikosti balení, uvnitř terapeuticky srovnatelných skupin léků upřednostňují určité molekuly. O rozdílech ve velikosti trhů a spotřebě na hlavu již ani nemluvě.

Použití mezinárodního referencování léčivých přípravků, jak jej nařizuje zákon, je jen účetnická práce bez zamyšlení se nad vlastní situací a bez převzetí zodpovědnosti za stanovené hodnoty.



Foto: Leoš Chodura

Absurdita však spočívá hlavně v požadavku, aby byla maximální cena stanovena jako průměr tří nejnižších cen z vybraných zemí EU – takzvaného referenčního koše. Ve správních řízeních se vychází z cen, které byly mnohdy použity pouze regionálně, nikoli celostátně(!), z cen dohodnutých pouze v jedné evropské zemi, krátkodobých akčních cen stanovených jen pro jeden trh, tendrových cen, cen platných jen pro určitou skupinu pojištěnců a tak dále. Zkrátka z cen uvedených v nějakém katalogu bez ohledu na to, že přípravek již není obchodován. Množství odvolání, která stojí v početní rovnováze mezi pojišťovnami a farmaceutickými firmami, a následných rozhodnutí dokazuje spornost mezinárodního referencování.

Proč jste proti těmto problematickým ustanovením výrazněji nevystupovali již v době jejich přípravy a schvalování v rámci novelizace zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění?

Odpovídající ustanovení byla v roce 2007 „vlepena“ do zákona o veřejném zdravotním pojištění ve spěchu a bez důkladných připomínkových řízení. Zákon bylo třeba novelizovat kvůli rozhodnutí Ústavního soudu o nutnosti transparentního stanovování cen a úhrad léků. Farmaceutický průmysl dostal příležitost se k tomuto zákonu kvalifikovaně

vyjádřit, teprve až když vstoupil v platnost. Na nedostatky jsme upozorňovali opakovaně i v pracovních diskusích s úřady. Příležitost k připomínkování systému cen a úhrad jsme dostali až v průběhu novelizace zákona v letech 2010–2011. Došlo k několika pozitivním, ale také negativním změnám, které jsme mohli ovlivnit jen částečně. Nicméně institut maximálních cen byl tehdy tak silně vžitý, že nebylo možné jej korigovat.

Jakým způsobem by mělo stanovování maximálních cen léků probíhat, aby pro vás bylo přijatelné?

Maximální ceny mají jen nepatrný vliv na celkové výdaje ve zdravotnictví, ale pro některé léky mohou být likvidační. Rozhodující vliv na náklady plátců péče má stejnou měrou úhrada stanovovaná státem a míra konkurence mezi výrobci. Maximální cena by měla být stanovována na základě transparentních pravidel a objektivně určené hodnoty léku včetně jeho přínosu pro zdravotnictví. Mezinárodní referencování se však v tomto ohledu ukázalo být velmi spornou a nespolehlivou metodou.

Plánujete v této věci nějakou vlastní legislativní iniciativu?

Již několik let existuje konsensus všech zúčastněných, že je nutné vydat nový zákon o léčivech. V této souvislosti by měla být přepra-

cována i ta část zákona o veřejném zdravotním pojištění, která se týká stanovování cen a úhrad léků. Podle veřejně prezentovaných záměrů ministerstva zdravotnictví by byla vyčleněna ze zákona č. 48/1997 Sb. a stala se pak buď součástí zákona o léčivech, nebo by vytvořila samostatný zákon, který my pracovně nazýváme „zákon 49“.

ČAFF jednoznačně podporuje vytvoření nového zákona o léčivech a samostatného zákona, který by se věnoval výhradně cenám a úhradám. Nehodláme tedy vyvíjet vlastní iniciativu, jsme však připraveni a ochotni spolupracovat na vytváření těchto zákonů. Ministerstvo bylo v tomto volebním období legislativně velmi činné. Poslední velký záměr, který by bylo možné uskutečnit před volbami v roce 2014, by byly oba zmíněné legislativní projekty – tedy nový zákon o léčivech a zákon o cenách a úhradách. Mnoho času nám nezbyvá. Na to, aby se nové zákony staly platnými v roce 2014, potřebujeme, aby se jejich návrhy dostaly do parlamentu někdy během léta tohoto roku. Když se tak nestane, nelze jejich schválení očekávat dříve než v roce 2016.

Zmínil jste také hodnocení přínosu konkrétních léků pro zdravotnictví. V odborných kruzích se v této souvislosti hodně hovoří o HTA (health technology assessment), které mimo jiné souvisí i s cenami a vstupem nových léků na trh. Čím je HTA zajímavé pro farmaceutický průmysl?

HTA může být velmi účinným nástrojem jak o nejdůkladnější posoudit účinnost, bezpečnost a nákladovou efektivitu léčivých přípravků v prostředí našeho zdravotního systému. Ve srovnání se současným systémem se jedná o daleko inteligentnější variantu stanovování cen a úhrad pro léky, jež prvně vstupují na trh. V případě generických léků není HTA tak významné. Zde by spíše měla působit snaha o snížení celkových nákladů na léky tím, že se zajistí co nejrychlejší vstup generických preparátů na trh, což by posílilo konkurenční tlak, který by srazil ceny léků dolů.

Kde se podle vás dá v našem zdravotnictví ušetřit?

Tuto otázku jsme položili několika představitelům jednotlivých oblastí českého zdravotnictví.

I hledání rezerv má své meze

MUDr. Zorjan Jojko

předseda Sdružení ambulantních specialistů (SAS)



Záleží na tom, jak otázku myslíte. Pokud vám půjde o to, aby na konci roku za každou cenu zbyly nějaké peníze, můžete

začít škrtat kdekoli. A protože jistě platí, že nejvíce se ušetří tím, že se zruší celé zdravotnictví, pak čím více škrtnete, tím více vlastně ušetříte. Klidně přitom můžete populaci aspoň chvíli tvrdit, že ke snížení dostupnosti a kvality péče nedojde. Chvilku ano. Podívejte se dnes kolem sebe v Česku. Máte jasný příklad, že to jde. Otázkou jen zůstává jak dlouho a co dobrého by to přineslo.

Pokud vám ovšem půjde o to, abyste zároveň zachovali dosavadní vysokou kvalitu a dostupnost péče v ČR ve vztahu k vydaným penězům, pak ten úkol bude podstatně těžší. V takovém případě totiž můžete asi jen maximálně důsledně řešit každou, i drobnou korupci, hledat rezervy v efektivitě poskytované péče a také hlídat, aby vám výdaje zatím nerealizované, ale plánované vaši kasu nevyšly.

Západní úroveň za zlomek nákladů

Jsem si vědom, že má odpověď je obecná, obávám se však, že pokud bych chtěl odpovědět důsledně, asi by mi nestačila kapacita celého časopisu. Již zveřejněných korupčních kauz je řada, příkladů prezentace zvýšení efektivity od některých, hlavně velkých zdravotnických zařízení také (když teď takto šetří, skoro by nás mohlo napadnout, že dříve asi plynula, ale to je jistě jen spekulace). A stejně tak můžeme hovořit o výdajích, které zatím nejsou realizované, ale jistě budou znamenat velkou finanční zátěž

a nic neušetří (například plánovaná povinná e-preskripce).

Mám za to, že nelze přehlížet jasný fakt, že naše zdravotnictví poskytuje hodně opravdu kvalitní péče, která je na úrovni a místy i nad úroveň zemí na západ od nás, přičemž zdravotnická zařízení za ni při vlastně stejných nákladech jako na Západě dostávají jen zlomek peněz. A asi nikdo nemůže tvrdit, že by naši sousedé byli hloupí a záměrně zbytečně rozhazovali.

Myslím, že vedle úvah čistě a jen o škrtech a hledání rezerv tam, kde nejsou (v poslední době tak populárních na úrovni vedení naší země), by se konečně mělo solidně připustit, že i zdravotní péče něco stojí. Jen prostým škrtáním a vymyšlením dalších doprovodných – se samotnou zdravotní péčí nesouvisejících – výdajů prosperity, tj. zlepšení (nebo alespoň zachování) kvality a dostupnosti prostě nedosáhne. I takzvané hledání rezerv prostě má své meze.

Pacient by měl hrát aktivní roli

MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D.

viceprezident České lékařské komory (ČLK)



Možnosti šetření jsou přibližně tři:

První je, že snížíme kvalitu, tedy cestu, již jde současné vedení ministerstva: rušení lůžek, snižování počtu odborného personálu, prodlužování čekacích dob na zákroky. Bezhlavě šetříme bez ohledu na následky, jejichž náprava nás může stát mnohem víc.

Druhou možností je přenést část nákladů na nemocné. Tedy vyšší finanční spoluúčast pacienta. Tady bych se ale bál, aby pro mnohé pacienty nebyla spoluúčast nepřekonatelnou překážkou k čerpání péče.

Třetí možností je nastavení pravidel tak, aby se efektivita léčby vyplácela. Mělo by dojít ke změně vztahu zdravotní pojišťovna – zdravotnické zařízení – pacient. Nyní hraje pacient pasivní roli a čeká, jak se jeho dva silnější partneři domluví. Jakou má dnes pacient možnost kontrolovat hospodaření své pojišťovny? Její smluvní politiku? Proč není skutečným nositelem benefitu pro zdravotnické zařízení, které si sám vybere? Proč si nemocnice přehazují některé pacienty jako horký brambor? Řešením by bylo sledování a zveřejňování nákladnosti a účinnosti léčby zdravotnických zařízení a přenesení rozhodování o tom, kde a jak se pacient bude léčit, víc na něj samotného. A také by se měla výrazně změnit revizní činnost pojišťoven, kdy revize by měla být posouzením medicínských výsledků a ne administrativních pochybení jako nyní.

Možnosti vidíme v revizi úhrad léčiv

Jana Stříbrná

sekretariát ředitele Všeobecní zdravotní pojišťovny ČR (VZP)



Všeobecná zdravotní pojišťovna bude i nadále aktivním účastníkem ve správních řízeních o cenách a úhradách léčiv, které řídí Státní ústav pro kontrolu léčiv. VZP bude sama iniciovat revize u lékových skupin, kde vidíme potenciální úspory ve výši alespoň 30 milionů korun.

VZP dále v nejbližších týdnech připravuje také slevové soutěže o nejvyšší slevu výrobce na léčivý přípravek, který bude následně zařazen na pozitivní list pojišťovny. Konzervativní odhad takto získaných úspor ve slevových soutěžích je v řádu stovek milionů korun ročně.

U moderních léčiv a vysoce inovativních preparátů chce pojiš-

ťovna docílit lepší předvídatelnosti nákladů, nástrojem je pak uzavírání tzv. dohod o sdílení rizik, které již pojišťovna používá a nadále budou jednou z priorit v lékové oblasti. Tyto dohody jsou výhodné jak pro pacienty (lepší dostupnost péče) a pro plátce (předvídatelnost nákladů), tak i pro výrobce (možnost etablovat se na trhu a přesvědčit plátce o výhodném poměru přínosů léčby a ceny).

Bude nezbytné upravit příjmy do systému

JUDr. Vladimíra Těšitelová

tajemnice Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP)



Do systému veřejného zdravotního pojištění musejí být zavedeny zásadní prvky, které ovlivní efektivitu financování

zdravotní péče v České republice. Pokud do systému nelze přidat větší objem peněz ze státního rozpočtu, tj. navýšit platbu za státem hrazené pojištěnce, kterých je více než 55 %, bude nezbytné upravit příjmy do systému jinak. Například zavést nominální pojistné, zvýšit spoluúčast občanů a umožnit jim komerční připojištění nebo připlacení nadstandardů.

Občané musí být motivováni k odpovědnému čerpání péče například formou bonusů či malusů. Musí tak dojít k posílení postavení občana a posílení konkurence zdravotních pojišťoven v oblasti nákupu zdravotní péče v odpovídající kvalitě.

Naprosto nezbytná je změna postavení zdravotních pojišťoven jako efektivního nákupčího zdravotní péče, zavedení konkurence mezi zdravotními pojišťovnami a širší nabídka pojistných produktů ve vztahu k pojištěncům, která by odpovídala jejich možnostem.

Ve vztahu zdravotních pojišťoven k poskytovatelům by mělo dojít k uvolnění smluvní politiky a omezení regulace ze strany státu tak, aby bylo možné zajistit efektivnější nákup zdravotní péče.

Nepodceňujme outsourcing

MUDr. Petr Zajíc

ředitel Nemocnice Na Bulovce



Dnes existují v podstatě dva zdroje peněz:

První představuje zdravotní pojištění odváděné z mezd do státního roz-

počtu. Z něj se peníze pouze přerozdělují mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny podle počtu pojištěnců, ovšem nejsou rozdělovány podle kvality nabízených služeb či podle struktury pacientů. Například jedna pojišťovna má mladší pacienty, tedy v obecné rovině s menšími nároky na dražší výkony (totální endoprotézy apod.). Naopak druhá pojišťovna má komplexní spektrum pojištěnců s nepoměrně vyšším podílem pacientů náročných na léčbu. Obě pojišťovny však získají na jednoho pojištěnce stejné finanční prostředky.

Druhým, marginálním zdrojem je pak příspěvek ze státního rozpočtu. V České republice je zdravotní péče velmi kvalitní a srovnatelná se zeměmi na západ od nás. Kvalitativně tedy splňujeme světové parametry, bohužel však mzdy, ze kterých plynou odvody na zdravotní pojištění, zdaleka světové úroveň nedosahují. Vzniká tak disproporce mezi příjmy a výdaji ve zdravotnictví představující společenský problém, kdy občané nechtějí slevit z kvality zdravotnické péče a rovněž za ni nechtějí platit více.

Řešení dočasná a dlouhodobá

Dočasné řešení krize momentálně vidím v částečném dofinancování zdravotnictví ze státního

rozpočtu nebo v úvěrovém zatížení zdravotních pojišťoven, které si takto krátkodobě opatří finanční zdroje na úhradu péče jednotlivým zdravotnickým zařízením.

Dlouhodobě by také stál za rozpracování systém symbolického příspěvku samotného pacienta založeného na postupné identifikaci toho, co již není standardem léčby a je určeno pro pacienty, kteří jsou ochotni na léčbě finančně participovat. Ovšem tento způsob je velmi zdoluhavý a přináší mnoho konfliktů mezi všemi zúčastněnými, tedy mezi ministerstvem zdravotnictví, pojišťovnami, odbornými lékařskými společnostmi i zástupci pacientů.

Nemocnice není strážní četa ani úklidová firma

V souvislosti s hledáním cest ke snížování nákladů se jeví jako efektivní více využívat outsourcingu. Fenomén *outsourcing* je v našich podmínkách relativně mladý, dvacet let není téměř žádná doba, ani ne třetina generace. *Outsourcing* se začal používat v 90. letech, jeho standardizace ovšem nastupuje až s příchodem zahraničních firem. Někdy náklady související s najatou službou nejsou správně pojmenovány a vnímány v celkovém kontextu.

Osobně jsem příznivcem této metody, poněvadž pokud něco dělat neumím, nemám investiční

zdroje, respektive kritickou velikost a zároveň tato činnost není základem podstaty existence mnou řízené organizace, raději budu svůj čas a čas svých kolegů investovat do našeho poslání a nebudu konkurovat těm, kteří tyto vedlejší podpůrné služby provozují jako svůj *core business*. Posláním nemocnice je léčit lidi, nikoli se zabývat například praním prádla, budováním nejlepší úklidové čety a podobně.

Přímé náklady související s outsourcingovanou službou se někdy mohou jevit vyšší, na druhou stranu si vezmete, že například strážní služba v nemocničním objektu může mít až dvacet pracovníků, a představte si problémy s nemocností, docházkou a podobně. Všechny záležitosti provozního charakteru někdo musí řešit. Najmeme-li firmu, nadefinujeme si jasné parametry, kontrolujeme pouze je a zbytek času raději věnujeme správné struktuře zdravotnických výkonů, kvalitě zdravotnického personálu a podobně. Takže *outsourcing* po dobré rozvaze rozhodně ano.

Nitrožilní infuze kokosového mléka

PharmDr. Stanislav Havlíček
lékárník

Jistě zajímavá a prakticky věčná otázka všech zdravotních systémů. A ve všech případech kromě



jednoho je objevena stejná odpověď: Ušetřit se nedá!

V systému poskytování zdravotní péče jsou spotřebovány všechny vložené prostředky. Tím jediným systémem, kde zdravotnictví prakticky nic nestálo, byla zdravotnická čítka Rudých Khmerů po roce 1975. Všichni lékaři kromě několika jednotlivců byli popraveni (ubítním). Kromě dvou byly uzavřeny všechny nemocnice. Pacienti byli vysláni na ozdravný pochod na venkov. Za první 3 dny ušli 12 km a pak postupně většina zemřela hladu. Jediné dvě nemocnice v hlavním městě byly určeny vyvoleným stranickým špičkám. Nejvyvolenější se jezdili léčit do Číny. Města byla vysídlena na venkov. Na venkově se poskytovala zdravotní péče prostřednictvím nekvalifikovaných „zdravotníků“. Lehčí případy byly léčeny přírodními tradičními léky proti malárii, těžší nitrožilní infuzí kokosového mléka.

Protože byly zrušeny peníze, systémem zdravotní péče žádné nespoteřeboval. Efektivita byla o malinko vyšší (než nula), některý z pacientů se přes veškerou poskytnutou péči uzdravil. Generální tajemník strany Saloth Sar, známější jako Pol Pot, vedl zemi pod heslem „dovést rozhodnutí do konce bez kompromisů“.

Kambodža se z nekompromisního vedení zdravotnictví vzpamatovává dodnes. Realizovat přijatá rozhodnutí do konce však nemusí být špatná cesta. Trochu by prospěla i českému zdravotnictví. Jen to nepřehnat.

Zpátky k otázce jak ušetřit, když víme, že všechno ušetřené se utratí za něco jiného. Odpověď není tak složitá: Je třeba nastavit motivace tak, aby se více vyplatilo šetřit než utrácet. A také je na čase začít snižovat náklady jinde než v segmentu léků. Za léky se totiž utratí něco málo přes 20 % veškerých nákladů ve zdravotnictví a snižování cen léků je to jediné, čím řešily nedostatek financí ve zdravotnictví všechny vlády, které za svůj profesní život pamatují. Třeba nějaký osvícený ministr začne hledat rezervy i ve zbylých 80 % koláče.

Jenom to nepřehnat

V oblasti cen a úhrad léčiv a regulačních poplatků nevydrželo žádné z přijatých opatření po roce 2007 ani rok, a tak se klady, případně záporné obtížné hodnotí statisticky. V konečném praktickém důsledku vede snaha o co nejlevnější léky k tomu, že se českým pacientům nedostávají základní léky. Namátkou nejsou k dispozici obě síly dětského antibiotického sirupu Ospen, Garasone kapky, Vigantol, Dexamethason kapky... Za tak nízkou cenu se na malý český trh nevyplatí je dovážet. Náhradní řešení,

pokud vůbec existují, jsou samozřejmě nákladnější a systém snižování cen si tak sám sype písek do soukolí.

Ale i v cenách léčiv jsou rezervy. Můžeme například rezignovat na kvalitu, zapomenout na evropský standard zdravotnictví a začít s referencí na ceny zemí jihovýchodní Asie. I u nás je může na ulici prodávat nekvalifikovaný trhovec. Otázkou je, jestli takové řešení chceme. Pokud ne, je na místě k otázce jak ušetřit také definovat, kdo má ušetřit. Poté stanovit finanční limity a limity poskytovaných výkonů. Dobře to rozmyslet a dovést do konce. Jenom to nepřehnat – bude k tomu nutné vydržet protesty ze strany poskytovatelů péče i ze strany pacientů, které zákonitě vyvolá každé navržené opatření.

Méně bolestné je samozřejmě investovat do prevence či motivací k úsporám a k větší efektivitě. Jenže návratnost takových řešení je násobně delší než volební interval, který nutně staví otázku řešení financování zdravotní péče do populistických proklamací o rušení regulačních poplatků, případně jejich vrácení z krajských pokladen. To ovšem příliš úspor ve zdravotnictví nepřináší. Stejně jako neustálé vysávání peněz na zdravotní péči do státního rozpočtu zvyšováním DPH. To už je zase jiná kapitola, pro kterou však také platí: Jenom to nepřehnat!

připravila Olga Martinová

Inzerce A131001473

SIRUP STODAL

šetrná přírodní léčba kašle



- na všechny typy kašle
- bez lékových interakcí
- bez chemických barviv a umělých sladidel

STODAL, sirup. SLOŽENÍ: 100 g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95 g, Pulsatilla 6 CH 0,95 g, Rumex crispus 6 CH 0,95 g, Bryonia 3 CH 0,95 g, Ipecacuanha 3 CH 0,95 g, Euspongia officinalis 3 CH 0,95 g, Sticta pulmonaria 3 CH 0,95 g, Kali stibii tartras 6 CH 0,95 g, Myocardium 6 CH 0,95 g, Dactylopius coccus 3 CH 0,95 g, Balsami tolutani sirupus 19,00 g, Polygalae sirupus 19,00 g; Pomocné látky: ethanol (součást tinktury), sacharóza (součást sirupů). **INDIKACE:** Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Přípravek mohou používat dospělí, mladiství a děti od 2 let. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výhradně na zkušenosti z dlouhodobého použití. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB POUŽITÍ:** Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: ½ čajové lžičky (2,5 ml) 3-5x denně. Děti od 5 do 11 let: 1 čajová lžička (5 ml) 3-5x denně. Dospělí a mladiství od 12 let: 1 polévková lžice (15 ml) 3-5x denně. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Zánět žaludku (gastritida), žaludeční vředy. **UPOZORNĚNÍ:** Tento léčivý přípravek obsahuje 1,74% V/V ethanolu (alkohol). Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltáze deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. ½ čajové lžičky (2,5 ml) obsahuje 0,0345 g ethanolu a 1,875 g sacharózy. 1 čajová lžička (5 ml) obsahuje 0,069 g ethanolu a 3,75 g sacharózy. 1 polévková lžice (15 ml) obsahuje 0,206 g ethanolu a 11,25 g sacharózy. Množství alkoholu v této dávce odpovídá 2,18 ml vína nebo 5,22 ml piva. Užití tohoto přípravku je škodlivé pro alkoholiky. Obsah ethanolu je nutno vzít v úvahu u těhotných a kojících žen, dětí a vysoce rizikových skupin, jako jsou pacienti s jaterním onemocněním, mozkovým onemocněním, poraněním mozku nebo epilepsií. **INTERAKCE:** Nejsou známy. Z důvodu nedostatku specifických údajů se použití přípravku v těhotenství a při kojení nedoporučuje. Je rovněž třeba vzít v úvahu, že přípravek obsahuje ethanol. Studie na ovlivnění schopnosti řídit a obsluhovat stroje nebyly provedeny. Ovlivnění se nepředpokládá. U citlivých osob se mohou objevit zažívací obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud zaznamenán. Doba použitelnosti 5 let. Tento přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **DRUH OBALU A VELIKOST BALENÍ:** Lahvička z hnědého skla, polyethylenový sroubovací uzávěr, krabička. Velikost balení 200 ml. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** BOIRON, 20 rue de la Liberation, 69110 Sainte-Foy-lès-Lyon, Francie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** 94/700/92-C. **DATUM REVIZE TEXTU:** 27.9.2011. Výdej přípravku bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen zdravotními pojišťovnami.

Britská ombudsmanka chce zlepšit péči

Podobně jako britská média každý rok upozorňují na rostoucí počet stížností pacientů, také anglická ombudsmanka pro zdravotní služby Julie Mellorová „bubnuje na poplach“ a chce prosadit opatření pro zlepšení zdravotní péče, ale i systému řešení mimosoudních stížností pacientů.

Anglie má přes 50 milionů obyvatel a roční počet písemně uplatněných stížností pacientů se pohybuje mezi 90 a 100 tisíci. Zatímco některé instituce uvádějí, že jde jen o zlomek procenta z celkového počtu ročně léčených případů (stovky milionů zdravotních výkonů), ombudsmanka trvá na tom, že se ve zdravotnictví musí mnoho věcí změnit. Julie Mellorová je ve své funkci přesně rok a při bilancování své činnosti zveřejnila spolu se svými spolupracovníky zprávu o přezkoumání stovky vybraných stížností, které se týkaly i úmrtí, jimž bylo možno v některých případech předejít, pokud by lépe fungovala preventivní opatření pro zajištění kvality a bezpečnosti péče.

V tuto chvíli ombudsmanka zahájila diskusi o potřebě přijmout nové předpisy tak, aby zdravotnická zařízení byla nucena více dbát na vnitřní opatření pro kvalitu péče, ale také více spolupracovat s externími odborníky a mimo jiné Národním institutem pro klinickou kvalitu (NICE). Podle ní by vedoucí pracovníci Národní zdravotní služby (NHS) měli zís-

kat silnější pravomoci pro postih nesprávné péče a vymáhání zlepšení v praxi. Pacienti mají získat ještě snazší možnost domoci se mimosoudního přešetření stížností rychle a systém musí zajistit automatický přezkum, zda jeden konkrétní případ nesignalizuje potenciální ohrožení i dalších pacientů.

Zrychlení postupů

Stěžovatelé se dnes mohou s podnětem obrátit na příslušné zdravotnické zařízení, nebo na nezávislejší komisi, posledním článkem v mimosoudním šetření je pak ombudsmanka. Zhruba 90 % stížností v uplynulém roce bylo přezkoumáno do 40 dnů, závažnější kauzy někdy trvaly déle, avšak Julie Mellorová chce související postupy celkově zrychlit a zefektivnit, včetně zajištění větší informovanosti zdravotníků o příčinách pochybení a možnostech nápravy.

Nejvíce si lidé stěžují na zdravotní výkony či chování lékařů (kolem 45 %), dále na sestry, porodní asistentky a další zdravotníky, nechybějí ani stížnosti na pracoviště

NHS. Vedle chybné diagnostiky či léčby se za hrubé prohřešky považují například i případy, kdy lékař slovně zpochybní důstojnost pacienta (byla citována kauza, kdy se dospělý pacient obával celkové anestezie a lékař o něm řekl, že se „chová jak malé dítě“).

Do statistiky jsou zahrnuta všechna zdravotnická zařízení spadající pod financování od NHS – nemocnice, ordinace, zubní péče aj. Na rozboru stížností se v posledním období podílela baronka Rennie Fritchiová, z jejížž rozsáhlých doporučení bude ombudsmanka vycházet při prosazování změn, pro něž chce získat souhlas i samotných pracovníků ve zdravotnictví.

Ráznější řešení

Vedení NHS již deklarovalo, že všechny podněty pacientů a jejich rodin „bere velmi vážně“. Nicméně Julii Mellorové mimo jiné vadí, že instituce si někdy se stěžovateli hrají jak s ping-pongovým míčkem – pokud se paci-

ent nespokojený s řešením stížnosti ve zdravotnickém zařízení odvolá k vyšším instancím, ty jeho záležitost někdy vrátí zpět do zdravotnické organizace (v některých případech dokonce vícekrát za sebou). NHS má nedostatky na zdravotnických pracovištích za-

čít řešit „rázněji“, vedení zdravotnických organizací má lépe pracovat s personálem (například před ním netajit rozhodnutí kontrolních orgánů) a systém monitoringu péče či stížností nesmí mít trhliny (18 nemocnic pod NHS neposkytlo roční přehled o stížnostech).

Ze všeho nejvíce však Julii Mellorové i Rennie Fritchiové vadí, že ze stovky zvláště šetřených případů bylo u třinácti kauz ověřeno, že se jednalo o odvrátitelná úmrtí, k nimž nemuselo dojít, pokud by existovala důkladnější preventivní opatření jak na úrovni konkrétních zdravotnických pracovišť, tak v celém systému zajišťování kvality a bezpečnosti nemocných.

Vladimíra Boškova



Ilustrační foto: Shutterstock

Rakousko: Nová strana lékaře nenadchla

V Rakousku loni vznikla nová politická strana „Team Stronach“, pojmenovaná po rakousko-kanadském byznysmenovi Franku Stronachovi. Nedávno představila svůj program, včetně plánů na zásadní reformy ve zdravotnictví.

Zatímco Rakouská lékařská komora tento program ještě nechce komentovat, její vídeňská pobočka jej už striktně odmítla.

Stronachovci tvrdí, že ve stávající podobě – převážně financované z veřejných peněz – nebude zdravotnictví nadále zaplatitelné. Proto by chtěli do zdravotnického systému výrazněji začlenit soukromé subjekty či soukromé podnikání tak, aby vznikla větší konkurence. Ta by měla pomáhat stlačovat ceny zdravotní péče dolů.

To však prezident vídeňské komory Thomas Szekeres zásadně

odmítl. Poukázal na příklad Německa a Spojených států amerických, který podle něho dokazuje, že vyšší podíl soukromých subjektů systém zdravotní péče naopak celkově zdražuje, protože potřebují více peněz na větší množství manažerů či na konkurenční boj.

Nutnost posílit síť

Pokud jde o reformy stávající rakouské vlády (resort zdravotnictví spravuje sociální demokracie), které mimo jiné znamenají uzavírání nadbytečných nemocnic, komora se zatím po loňském

„bubnování na poplach“ ztišila a čeká na konkrétní návrhy zákonů. Ty totiž mají promítnout do praxe dohodu státu se spolkovými zeměmi o tom, že zdravotnictví je nutné zefektivnit a meziroční růst nákladů má odpovídat růstu HDP.

Nicméně lékaři opakovaně upozorňují politiky například na přetíženost nemocničních ambulancí, na potřebu posílit síť smluvních ordinací, ale také na nutnost zlepšit celkové pracovní podmínky zdravotnických pracovníků.

(vla)

Lékař se často „bojí doktora“

Již mnohé výzkumné studie prokázaly, že lékařské povolání je natolik náročné, že příslušníkům této profese přináší velká zdravotní rizika. V USA se však nedávno objevila nová studie s až neuvěřitelnými údaji o vysoké míře sebevraždnosti mezi lékaři či mediky.

Podle ní má v průměru každý den spáchat sebevraždu jeden americký lékař či adept tohoto povolání, což by znamenalo 300 až 400 lékařů za rok. Tak o studii informují blogy členů některých amerických lékařských organizací.

Lékaři i studenti medicíny trpí frustrací, syndromem vyhoření, vysokým krevním tlakem, srdečními infarkty, depresemi, dalšími psychickými problémy a mimo jiné mají oproti celkové populaci v daleko vyšší míře sklony k sebevraždě. Sebevraždnost je u lékařů – mužů údajně o 40 % vyšší než u nelékařů a u lékařek je tento poměr ještě vyšší. Například více než

čtvrtina amerických praktických lékařů uvedla, že trpí syndromem vyhoření.

Americké lékařské fakulty nabízejí nejúčinnější programy pomoci jako prevenci zhoršování deprese a obdobných problémů a lékaři mají oproti ostatnímu obyvatelstvu mnohem lepší přístup ke kvalitní zdravotní péči jakéhokoliv druhu. Přesto příslušníci této rizikové profese odbornou pomoc využívají jen zřídka. Raději riskují zhoršení svého zdravotního stavu, než by přišli za kolegou a řekli mu o svých potížích, konstatuje například společnost amerických internistů.

(vla)

Povolání lékaře v Sýrii patří k nejnebezpečnějším

Probíhající konflikt v Sýrii tvrdě dopadá i na tamní zdravotnictví. Více než 70 % továren na léčiva muselo přerušit provoz, téměř 30 státních nemocnic nefunguje, stále více lékařů zemi opouští a citelně se začíná projevovat nedostatek životně důležitých léků.

„Situace dosahuje kritického bodu. Téměř tři čtvrtiny farmaceutických závodů na výrobu léčiv byly zcela uzavřeny, zbytek funguje tak na 25 procent,“ říká vlastník jedné z továren nedaleko Damašku Ali Adib. Také jeho podnik musel výrobu razantně omezit – řada zaměstnanců čelí při cestách do práce nebezpečí útoku či únosu, zvláště nyní, kdy vláda ztratila nad oblastí, v níž se jeho továrna nachází, kontrolu. „Již dva roky se snažíme nějak přežít a vyrábět léky navzdory všem komplikacím a sankcím, jež zdejší farmaceutický průmysl velmi těžce zasáhly,“ popisuje Ali Adib.

Pomoc ze zahraničí

Sýrie pokrývala potřeby tamního trhu s léčivými 90 % vlastní výrobou. Farmaceutický průmysl byl kontrolován vládou, což zajišťovalo vysokou kvalitu léků a nízké ceny. Většina továren se však nachází na severu země v okolí města Aleppo, které je již od léta 2012 jedním z center bojů, takže drtivá většina výroby musela provoz uzavřít. Totéž platí pro

průmyslové zóny v okolí Damašku a Homsu. Nedostatek léčiv se již začíná citelně projevovat i ve zdravotnických zařízeních. „V současnosti nemáme kvůli ekonomickým sankcím a probíhajícím konfliktům, jež stěžují zásobování, k dispozici přibližně 20 druhů léků,“ popisuje dr. Anwar al-Eid ze státní Nemocnice Červeného půlměsíce v centrálním Damašku. Syrská vláda se již kvůli tenčícím se zásobám životně důležitých přípravků obrátila na mezinárodní organizace. „Jednáme především o základních lécích a snažíme se najít způsob jak je do země dostat,“ potvrzuje Elizabeth Hofová ze Světové zdravotnické organizace (WHO). „Obrátili jsme se i na další humanitární organizace se žádostí o finanční pomoc, abychom mohli dodávky léčiv skutečně zajistit,“ dodává.

Ohrožení lékařů

Nejhorší situace je však podle pozorovatelky BBC v Damašku Liny Sindžabové v oblastech ovládaných opozicí. Organizace Human

Rights Watch zaznamenala případy, kdy vládní úřady odmítly poskytnout zraněným rebelům potřebnou zdravotní péči, hlášené jsou útoky vládních ozbroje-

ných sil na provizorní nemocnici či ordinace. Mnozí se i útoky na zdravotníky, kteří se snaží pomoci rebelům či dostat na území ovládané opozičními silami potřebná léčiva. Human Rights Watch hovoří o desítkách lékařů, kteří kvůli tomu byli vládními vojáky zajati a mučeni. Minimálně jeden lékař kvůli takovému zacházení zemřel.

Jak upozorňuje Lina Sindžabová, řada zdravotníků se rozhodla Sýrii opustit – odmítají nadále pracovat v život ohrožujících podmínkách, navíc v situaci, kdy jsou nuceni ošetřovat pouze určité pacienty.

(Profil syrského prezidenta a bývalého oftalmologa Bašára Asada přinášíme na str. 32.)

(Zdroj: BBC)

Květa Havlova

Krátce ze světa

• **Rumunské** úřady zahájily vyšetřování jedné z tamních soukromých klinik specializujících se na reprodukční lékařství, jež údajně prodávala vajíčka neplodným izraelským párům. Rumunské ženy měly na klinice prodávat svá vajíčka za přibližně 800 eur (asi 20 tisíc Kč), překupníci je pak izraelským dvojčím prodávali za 4 tisíce eur (100 tisíc Kč). Obdobný případ se v zemi vyskytl již před rokem.

• Užívání postkoitální antikoncepce ve **Spojených státech amerických** stoupá. Vyplynulo to z výsledků průzkumu tamního Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). Zatímco v roce 2002 využily tento druh antikoncepce 4 % sexuálně aktivních Američanek, mezi lety 2006 a 2010 to bylo plných 11 % žen (necelých 6 milionů). Téměř 59 % z nich uvedlo, že přípravek užily pouze jedenkrát, 24 % dvakrát, nejméně třikrát pak možnost dostupnosti postkoitální antikoncepce využilo 17 % oslovených.

• V roce 2011 úřady v **USA** zaznamenaly vůbec nejmenší počet náctiletých rodiček. Poklesl rovněž počet žen, které své první dítě přivedou na svět mezi 20. a 25. rokem života, naopak počet rodiček okolo 40 let stoupl. Autoři studie tuto skutečnost mimo jiné přičítají ekonomické krizi, jež nutí ženy odkládat rodičovství na později. Mezi lety 2010 a 2011 porodila pouze 3 % 15–19letých Američanek, o 3 % pak stoupl počet 35–39letých rodiček.

• Již třetím rokem loni ve **Spojených státech amerických** rostl zájem o kosmetické zákroky – podle Americké společnosti plastických chirurgů (ASPS) bylo v roce 2012 provedeno 14,6 milionu těchto operací, tedy o 5 % více než v roce 2011. Ob-

liba stoupá především u neinvazivních zákroků (aplikace botoxu, vyhlazování vrásek, laserové zákroky), naopak zájem o invazivní operace lehce poklesl (například chirurgické zvětšení prsou podstoupilo loni o 7 % žen méně než v roce 2011).

• **Americké** Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) vydalo o příležitosti svátku sv. Valentyna varování před stále se šířícími epidemiemi pohlavně přenosných chorob. Podle zprávy některou z nich v současnosti trpí 110 milionů tamních obyvatel, každým rokem lékaři zaznamenají 20 milionů nových případů. Více než polovina infikovaných patří do věkové skupiny 15–24 let.

• Podle **ruské** vězeňské správy trpí v tamních nápravných zařízeních přibližně 56 tisíc vězňů nemocí AIDS (celkem si v zemi odpykává trest odnětí svobody necelých 702 tisíc lidí). Jejich představitelé dlouhodobě upozorňují na nedostatečné vybavení nemocnic ve věznicích, které nejsou schopny poskytnout pacientům potřebnou péči. Podle zprávy OSN z roku 2011 má HIV/AIDS v Rusku asi 1,2 milionu lidí, denně se nově infikuje 200 Rusů, 20 tisíc ročně jich pak nemocí podlehnou.

• **Britští** lékaři potvrdili, že tzv. SARS-like virus se může přenášet mezi lidmi. Nákaza tímto koronavirem, jež vyvolává vážné onemocnění dýchacích cest (podobné SARS), totiž byla prokázána u příbuzného jednoho z pacientů. Dosud se předpokládalo, že nemoc přenáší pouze zvířata a všichni pacienti byli infikováni na Blízkém východě či v Pákistánu. Nově nakažený, který nákazu nakonec podlehl, však na rozdíl od svého příbuzného v posledních dobách necestoval. Nemoc se poprvé objevila loni v září a celkem

postihla 12 lidí, z nichž 6 infekci podlehl. Odborníci nicméně upozorňují, že případná hrozba pro populaci je velmi nízká.

• Světová zdravotnická organizace oznámila, že v **syrských** oblastech kontrolovaných opozicí vypukla epidemie břišního tyfu. Nákaza se šíří kontaminovanou vodou z řeky Eufrat, jež nyní pro řadu obyvatel představuje jediný dostupný zdroj pitné vody. Ve východní provincii Dajraz-Zaur je evidováno více než 2500 infikovaných. Sýrie se navíc v současnosti potýká se šířením hepatitidy typu A (především v provinciích Halab a Idlib) a také leishmaniózy, již se nakazilo na 14 tisíc lidí, především v severovýchodní provincii Hasaká.

• Tři severokorejsí lékaři zapojení do očkovací kampaně proti dětské obrně byli zabití v **Nigérii**. Za útokem pravděpodobně stojí militantní islamistická skupina Boko Haram, která v oblasti, kde k vraždám došlo, působí. O několik dní předtím bylo jinde v zemi zastřeleno 9 zdravotníků, jež očkovaly tamní děti proti obrně. Nigerijský prezident oba útoky ostře odsoudil a přislíbil, že kampaň na eradikaci tohoto onemocnění bude i nadále pokračovat.

• Jeden z nejpřísnějších protikuráckých zákonů schválil parlament v jihoaamerickém **Surinamu**. Za kouření ve veřejných prostorách bude tamním obyvatelům hrozit trest odnětí svobody. Legislativu, jež rovněž zakazuje reklamu na tabákové výrobky a vyžaduje varovné nápisy na krabičkách cigaret, nyní musí podepsat prezident Dési Bouterse, podle agentury AP sám silný kuřák. V Surinamu podle WHO kouří téměř 40 % mužů.

(Zdroje: ČTK, Reuters, BBC)

(kha)

EK požaduje zákaz drogy 4-MA

Evropská komise (EK) navrhla zakázat v rámci celé Evropské unie (EU) drogu 4-metamfetamin, jež má účinky podobné amfetaminu.

V současnosti je tato droga nelegální v 10 státech EU (Velká Británie, Irsko, Francie, Německo, Rakousko, Maďarsko, Nizozemsko, Dánsko, Litva, Kypr). EK nyní požádala další členské země, aby zabránily šíření 4-metamfetaminu (4-MA) v Evropě tím, že jej podrobí kontrolním opatřením. Mezi lety 2010 a 2012 si droga vyžádala ve 4 zemích EU (Belgie, Dánsko, Nizozemsko a Velká Británie) nejméně 21 lidských životů. „Drogu 4-MA vyrábějí a distribuují zločinecké gangy a je o ní známo, že zabíjí. Její výskyt

byl zjištěn v 15 unijních zemích a v 10 je již nelegální. Celounijní zákaz pomůže zastavit její šíření a škody, jež páchá na mladých lidech v celé Evropě,“ prohlásila místopředsedkyně EK a komisařka EU pro spravedlnost Viviane Redingová.

Návrh komise počítá se zákazem výroby a prodeje 4-MA a zavedením postihu za porušení těchto zákazů. Nyní o osudu návrhu rozhodnou vlády jednotlivých zemí, jež mohou opatření uvést v účinnost hlasováním v Radě Evropy.

(Zdroj: EU)

(kha)

ODBORNÉ AKCE

Náhlá smrt při sportu

Náhlá smrt z netraumatické příčiny u vrcholového sportovce, mediálně „superzdravého“ ideálu mládí a výkonu, je kromě tragédie pro postiženého a jeho rodinu i zásadním argumentem pro *preparticipation screening*. Tato smrt se totiž ve většině případů vyskytne u již dříve existující skryté, ale rozpoznatelné srdeční choroby.

Problematice náhlé smrti (NS) ve sportu se dlouhodobě věnuje primář tělovýchovného oddělení Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc. Následující článek vychází z jeho přednášky na toto téma, jež zazněla na semináři na 3. interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze 23. ledna.

Kdo je tu závodní sportovec?

V celé ČR je v různých sportovních oddělech registrováno na 3 miliony lidí, skutečný počet bez duplicit ale není znám. Většina z nich více či méně aktivně sportuje, což činí možná i šachisté, kteří sem také patří. Závodní sportovce je však zpravidla adolescent či dospělý, jenž je členem sportovního týmu a má pravidelné soutěžní starty. Co se však týká náhlého úmrtí při sportu, mimořádně rizikovou skupinu tvoří neorganizovaní amatéři, kteří se zatěžují „na doraz“, přitom nepravidelně, tudíž nadměrně. Obzvláště hoděn zamyšlení internisty je podle doc. Radvanského někdo, kdo dříve závodně sportoval, potom ve věku nad 35 let přestal na dobu delší než jednu sezónu, ať už z jakýchkoli důvodů, a nyní se chce vrátit do kategorie *masters*, a to rychle. Kupříkladu účast v desetikilometrovém běžeckém silničním závodu Běchovice – Praha by u bývalého sportovce, který si to chce „zase zkusit“, měla předcházet nejlépe roční, minimálně víceměsíční intenzivní příprava.

Svého druhu „sportovní výkon“ je koneckonců i rozřezat hromadu metrového dříví, zejména pak pro jedince nepřivykklého fyzické námaze. Tady však zpravidla člověka před totální autodestrukci zastaví rozum nebo aspoň bolest. Zato vrcholový sportovec v prestižní soutěži bývá motivován k překonání meze, zpoza níž už nemusí být návratu. Nicméně ani aktivní a stále trenující vrcholový sportovci nemají nižší morbiditu a mortalitu na NS oproti sportovcům rekreačním. Sport snižuje kardiiovaskulární riziko, ale tato teze platí, po-

kud je provozován přiměřeně a ve sportovní aktivitě nejsou dlouhé přestávky – i z tohoto hlediska je kontraproduktivní tvrdě trénovat „jenom občas“.

Mladí lidé při nejběžnějších sportech

K dispozici jsou studie z USA, kde je incidence NS u sportovců do 30 let zhruba 1 na 100–200 tisíc sportovců za rok, ale v těchto studiích nebyli zahrnuti jen sportovci vrcholoví. NS vrcholových sportovců z netraumatických příčin při sportu můžeme rozdělit na dvě kategorie podle věku, kdy k ní došlo, větší podíl tvoří poměrně mladí jedinci. Relativní riziko náhlé smrti vrcholového sportovce oproti běžné populaci do 35 let je podle amerických údajů asi 2,5.

Od čtyřicítky tvoří naprostou dominantu náhlé netraumatické smrti zdánlivě zdravého člověka při sportu nebo těsně po něm některá forma ischemické choroby srdeční – je tedy třeba zdůraznit roli klasické kardiiovaskulární prevence. Zarážející je, že preventivní kardiologové se v posledních 10 letech zabývají významem tělesné zátěže zpravidla jen ve velmi nekonkrétní, až abstraktní rovině.

Velmi zajímavé jsou francouzské údaje z roku 2010 týkající se distribuce NS definované jako úmrtí při nebo v souvislosti se sportem (příznaky do hodiny po sportu, smrt do hodiny po prvním příznaku) podle věku a druhu sportu, při němž k ní došlo. Údaje v jednotlivých relacích zhruba odpovídají údajům za Českou republiku. Ve Francii ze všech NS sportovců připadá asi 6% na sportovce vrcholové. Nejvíce případů náhlé smrti ve sportu se týká relativně mladých jedinců, konkrétně ve věku 40–50 let, v 95% případů jsou to muži. Vzhledem k tomu, že 90% těchto úmrtí připadá nikoli na vrcholový, ale rekreačně provozovaný sport, není překvapivý ani fakt, že nejvíce lidí na NS umírá při nejběžnějších sportech. Ve Francii je to cyklistika (30,6% všech případů NS), *jogging* (21,3%), následuje fotbal (13,0%), za nimi pak turistik-

ka a plavání. Minimální množství NS mají ve Francii hlášeno v souvislosti se značně riskantním potápěním, což ovšem bude dáno i faktem, že za tímto sportem Francouzi jezdí mimo dosah svých zdravotních statistik.

Nejčastější příčiny NS

Italské statistiky příčin NS u sportovců do 35 let vykazují jako nejčastější arytmogenní dysplazii pravé srdeční komory (okolo 23%), na dalších místech figurují předčasná ICHS (19%), anomální odstup koronárních arterií (12%), prolaps mitrální chlopně (10%), převodní poruchy (8%) a myokarditida (6%). Do zbytku nutno zařadit i ty případy, kdy příčiny selhání levého srdce nelze jednoznačně určit.

Zejména pro USA, kde se hodně hraje baseball, nejsou výjimečné případy náhlého úmrtí po úderu normální rychlostí letícího míče (40 mil/hod), riziko je závislé na energii nárazu. Úder do hrudníku může vyvolat fibrilaci komor. Rizikové pro komoci srdce z této příčiny jsou prepubertální děti, u starších mechanický náraz tlumí u chlapců svalovina a u děvčat prsa. Doporučené hrudní chrániče zatím statistickými příliší nezahýbaly.

U disekce aorty neplatí předpoklad, že je záležitostí pacientů od středního věku, relativně často jde o lidi mladší 35 let a šlo o disekce z plného zdraví, bez jakýchkoli varujících příznaků. Zvláštní kapitolou jsou náhlé smrti, u nichž jsou příčinou myokarditidy. I když se na myokarditidu přijde včas a sport je zakázán, je pak velmi obtížné stanovit přesná kritéria, kdy a v jaké intenzitě dítě či adolescenta po prodělané myokarditidě vrátit zpět do tréninku a posleze do závodu ve vrcholovém sportu.

Výjimkou ani u nás nejsou trenéři a rodiče sportovně „nadějných“ dětí a adolescentů, kteří i při nálezu závažné srdeční vady pro dítě hledají – a někdy dokonce najdou – lékaře, jenž poskytnou bagatelizující dobrozdání o zdravotním stavu takového sportovce. Při zjišťování validních údajů o NS a obecně statistik o nich je



Ilustrační foto: Shutterstock

problémem také skutečnost, že například u rozsáhlého infarktu v důsledku ischemické choroby srdeční, jehož případy takřka pravidelně doprovází masové běžecké závody, může úmrtí pacienta nastat s prodlevou. Taková smrt tudíž není chápána jako případ, který patří do statistiky NS při sportu, ačkoli její příčinou byl běh v maximální intenzitě po příliš dlouhou dobu bez dostatečné přípravy.

Spor o efektivitu plošného screeningu

Prevence NS je (do určité míry) možná a je velkým odborným sporem, zda ji lze provádět ekonomicky, a zda tedy má být povinná. Relativně vysoký výskyt náhlé smrti při sportu v důsledku arytmogenní dysplazie vedl v Itálii k vládní podpoře prevence náhlé smrti u sportovců vyškoleným týmem a podle (italské) interpretace výsledků těchto snah dokonce dospěli k tomu, že jsou touto prevencí schopni zcela zabránit náhlé smrti u hypertrofické kardiomyopatie.

Postup takové prevence se skládá z anamnézy (samozřejmě včetně rodinné) a vyšetření klidového EKG speciálně vyškoleným personálem, a to ve velmi široké populaci. Zachycených 8–10% se suspektním či patologickým nálezem je odesláno na další vyšetření.

V souhrnu je tento způsob především velice finančně náročný a podle hodnocení některých kardiologů je benefit tak rozsáhlého plošného screeningu nízký v porovnání se zatížením, kterým je jak pro příslušný zdravotní systém, tak pro sportovce samé.

Co tedy sledovat?

Termínem *preparticipation screening* (PS), který nemá české synonymum, se rozumí zejména screeningové vyšetření člověka vstupujícího do vrcholového sportu.

Protože se však řada výše jmenovaných chorob klinicky manifestuje až v pozdějším věku, je nutné PS opakovat. Snadno s ním do styku může přijít už dětský kardiolog – není příliš známo, že hokejové a tenisové „talenty“ se u nás vyhledávají ve věku 4–5 let a na prvním stupni základní školy už je před dětmi (a zejména jejich rodiči!) jednoznačná volba, jestli se dál ubírat směrem k vrcholovým výkonům.

Podle Americké kardiologické asociace (AHA) by se PS měl v rodinné anamnéze zaměřit na předčasnou smrt z kardiální příčiny, invalidizaci z důvodu srdeční choroby ve věku pod 50 let, hypertrofickou nebo dilatální kardiomyopatii, Marfanův syndrom, závažnou arytmiu a nejasnou NS v mladém věku. V osobní anamnéze by měly být zjištěny zátěží vyvolané bolesti na hrudi, dyskomfort, kolaps nebo subkolaps během zátěže, nepřiměřená zátěžová dušnost či únava, dříve zjištěný šelest nebo hypertenze. Fyzikální vyšetření jsou doporučena s důrazem na šelesty, pulz na femorálních tepnách k vyloučení koarktace aorty, známky Marfanova syndromu a krevní tlak.

Konsenzuální evropský návrh PS pro sportovce mladší 35 let sestává z anamnestické části, klidového EKG a fyzikálního vyšetření. Začít se má ve věku intenzivní zátěže a vyšetření je třeba opakovat každé 2 roky. Až u suspektního nálezu se doporučuje doplnit specializovanou vyšetření. Kritické hlasy připouštějí, že pokud by šlo o skutečně plošný PS, zatíží to zdravotní systém i vyšetřováním falešně suspektních nálezů, obecně je samozřejmě problémem cena/efekt takového screeningu.

Skepticky praktické připomínky

Příčinou bolesti na hrudi v zátěži nemusí být kardiopatie, ale zcela prostě i naražené žebro.

Kolaps v souvislosti se zátěží je důležité „rozpítvat“. Méně trénovaní sportovci například po sprintu někdy zvracejí a zkolabují, tyto jevy jsou u nich po tak velké zátěži spíše pravidlem než výjimkou. Naopak velice varovné je, když uprostřed nepřerušeno sportovního výkonu sportovec zkolabuje nebo omdlí.

Problematické je rozhodování zda sportovat, či nesportovat (spíše ale nakolik intenzivně sportovat, protože bez pohybu enormně stoupne riziko civilizačních chorob) u skupiny lidí s geneticky podmíněnou dispozicí (typicky je to výskyt hypertrofické kardiomyopatie v rodinné anamnéze),

ale bez klinických příznaků onemocnění. Statistická data, která by příklon na jednu stranu podpořila, pro tyto případy nejsou a ideální určitě není u nás tradičně praktikovaný paternalistický přístup, kdy se čeká, jak to za pacienta rozhodne lékař.

Hypertrofická kardiomyopatie nebude (samozřejmě jen z hlediska diagnostiky!) velký problém v situaci, kdy budou levnější echokardiografické přístroje, bude je používat více lékařů, zejména dobře vyškolených praktiků, a echokardiografické vyšetření bude moci být součástí preventivních prohlídek u dětí. Problémem dnes není počet přístrojů,

ale erudice a zejména zkušenost vyšetřujících – dětské echografické vyšetření je v principu stejné, ale v praxi přece jen odlišné od vyšetření dospělých.

Co udělat, aby náhlých smrtí při sportu ubylo?

Pokud extrapolujeme francouzská data na naše poměry, pak u nás ročně umírá na NS při sportu (ve věkovém rozpětí 10–70 let) přibližně 120 lidí, což je zhruba tolik, kolik bývá úmrtí na silnicích během dvou měsíců letních prázdnin. V tomto kontextu se nabízí otázka, zda by efektivnější než celoplošný screening ve formě preventivních prohlídek všech

sportovců nebylo pokračovat intenzivněji v preventivních kampaních, které by ovlivnily značný segment úmrtí mladých lidí při dopravních nehodách, pokud nelze financovat obojí. Množí se i hlasy volající po důslednějším prošetřování všech, kdo zemřeli náhlou smrtí zdánlivě za plného zdraví, s cílem odhalit genetické postižení a varovat všechny žijící příbuzné. To je zřejmě velmi účinné, ale organizačně nesmírně obtížné.

Je třeba dospět k rozhodnutí zda provádět, či neprovádět plošný screening, a pokud ano, kdo by měl být zahrnut. Zcela jistě rizikovou skupinou, kde by plošný screening

byl efektivní, je kategorie sportovců *masters* a její podskupina, již tvoří lidé, kteří dříve aktivně sportovali, tuto činnost z jakýchkoli důvodů přerušili a pak se k ní vrátili.

Nutné je nadále zajišťovat dostupné a fungující automatické (laické) defibrilátory na všech místech, kde se shromažďuje velké množství lidí, například při velkých fotbalových zápasech, na rockových koncertech nebo nádražích. Pozor, vědět je potřeba nejen, že tam je, ale přesně i kde je! Postiženého je samozřejmě nutné co nejrychleji převézt na *emergency*.

Jana Jílková

Další posun v preklinickém výzkumu – μ CT/PET

7. února 2013 byl v rámci 89. fyziologických dnů ve Fyziologickém ústavu AV ČR oficiálně zahájen provoz Laboratoře celotělové analýzy, která je vybavena zařízením pro nepřímou kalorimetrii a duálním systémem pro počítačovou tomografii a pozitronovou emisní tomografii s vysokým rozlišením.

Fyziologické dny (FD) v Praze, které tradičně pořádá Fyziologický ústav AV ČR (FGÚ) v krčském areálu Akademie věd ČR, jsou po desetiletí místem diskusí nad novými výzkumnými objevy, které často bývají později publikovány na stránkách prestižních vědeckých časopisů.

V minulosti byly právě na FD poprvé vysloveny například vědecky prokázané teorie o vývojových periodách mládat po porodu, které

ovlivnily moderní pediatrii a výživu dětí, trofická teorie profesora Ernesta Guttmanna, jež umožnila pochopit regeneraci poškozených nervů a svalů, molekulární podstata biorytmů a poruch spánku a mnoho dalších teorií.

Také letos v rámci FD členové České a Slovenské fyziologické společnosti představili výsledky svých výzkumných programů v zastřešujících vědních oborech, jako jsou fyziologie srdce a cirku-

lace, neurofyziologie, molekulární biochemie a genetika fyziologie metabolismu a zánětu, anebo v používání nejnovějších výzkumných technologií.

Projekt „BIOMODELS“

K nejzajímavějším sekcím patřily bezesporu ty, v nichž byly představeny nové metody použitelné pro funkční analýzy fyziologických procesů. Jedné z nich byla věnována přednáška už v rámci

prvního dne – jedná se o metodu genetickou, která umožňuje pomocí tzv. nukleáz „zinkových prstů“ poměrně snadnou editaci genomu buněk malých laboratorních zvířat (například cílené bodové i rozsáhlejší mutace v proteínových oblastech podezíraných z účasti na určitém onemocnění).

Představení další moderní metody proběhlo za účasti ředitelky FGÚ RNDr. Lucie Kubínové, CSc., a garanta nového zobrazovacího přístroje RNDr. Pavla Flachse, Ph.D., (držitel Prémie Otto Wichterleho udělované mladým talentovaným vědcům) v poslední konferenční den. Účastníci kongresu měli možnost navštívit nové pracoviště – Laboratoř celotělové analýzy – vybavené miniaturní verzí počítačové tomografie a pozitronové emisní tomografie s velmi vysokým rozlišením (μ CT/PET). Toto pracoviště vzniklo jako součást projektu „BIOMODELS – centrum pro produkci a funkční analýzu biomodelů civilizačních chorob“, který realizuje FGÚ AV ČR v rámci 4. Výzvy OPPK.

CT/PET přístroje používané v klinické praxi mají omezené rozlišení, a nejsou proto vhodné pro malá laboratorní zvířata v základním výzkumu. Vývoj μ CT/PET přístrojů pro malá zvířata spolu s vývojem nových radiofarmak v posledních letech umožnily použít tuto technologii pro neinvazivní, kvantitativní a opakující se analýzu biologických funk-

cí v tělech laboratorních živočichů, především myši a potkanů. Pomocí μ CT/PET lze na buňkách a tkáních drobných laboratorních živočichů zachytit v čase a prostoru průběh metabolických dějů, hypoxie, vazbu ligandů na receptory nebo distribuci metabolitů a farmak v živém organismu. Nová zobrazovací metoda také umožňuje pozorovat vznik a růst novotvarů, cévního zásobení a studovat řadu dalších patofyziologických procesů prakticky ve všech orgánech, včetně kostí, kloubů a vaziva.

Cílem je studium modelů lidských onemocnění

Pavel Flachs, odpovědný za provoz laboratoře, uvedl, že nový zobrazovací duální systém bude využíván především pro studium změn v anatomické stavbě a metabolismu orgánů a tkání na experimentálních zvířecích modelech lidských onemocnění, jako jsou metabolické poruchy (diabetes, obezita), onemocnění nervového systému (epilepsie, Alzheimerova choroba) a nemoci kardiovaskulárního aparátu (ischemická choroba srdeční, hypertenze).

Ředitelka FGÚ Lucie Kubínová dále upozornila na to, že přístroj bude ve spolupráci s dalšími partnery, mimo jiné s Ústavem jaderné fyziky AV ČR, sloužit také pro testování nových radiofarmak použitelných v klinické praxi. Pomocí těchto nových značek a léčiv se může neinvazivně zjistit, které orgány začínají metabolicky selhávat a jak se rozvíjejí příznaky celého komplexu poruch, jakou je například život ohrožující metabolický syndrom.

Jaroslava Sladká



Přístroj μ CT/PET doplněný o anesteziologickou jednotku a systém pro sledování vitálních funkcí (respirační pohyby, EKG a tělesná teplota). | Foto: Leoš Chodura

INFEKTOLOGIE

Chřipka v roce 2013

– předběžná analýza a kazuistiky z ČR

Chřipka je vysoce nakažlivé virové onemocnění. Vyskytuje se celosvětově, ročně onemocní přibližně 10–15 % populace. U sezónní chřipky je nejvyšší výskyt nemocných obvykle zjišťován u dětí, mladistvých a mladých dospělých, maximum počtu úmrtí je mezi seniory; u chřipky pandemické se situace může lišit. Přibližně 2 % všech úmrtí – což v České republice představuje téměř 2 tisíce osob ročně – je možné považovat za úmrtí v souvislosti s chřipkou.

V důsledku chřipky tedy zemře mnohem více lidí než při dopravních nehodách, přitom pozornost se jí věnuje podstatně méně. Vzhledem k tomu, že vysoký počet chřipkových onemocnění vede jak k pracovní neschopnosti, tak k nutnosti ošetřovat doma především dětské pacienty, chřipka přispívá k ekonomickým ztrátám, a každá chřipková epidemie má tedy i významný negativní dopad na ekonomiku rodiny a státu.

Vzhledem k podobnosti projevů respiračních infekcí bývají chřipková a nechřipková onemocnění často zaměňována a chřipka je podceňována. Očkování proti chřipce je přitom nejdůležitější opatření, které pomáhá snižovat počty nemocných i zemřelých v souvislosti s každoroční chřipkovou epidemií. V některých zemích včetně České republiky však očkování není využíváno v rozsahu, který by odpovídal doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO). Proočkovanost proti chřipce se v České republice v posledních letech pohybuje mezi 5 a 7 % populace, naproti tomu ve vyspělých evropských zemích je očkovaných osob v průměru 3x více.

Chřipková sezóna 2012/2013

Počty nemocných s akutní respirační infekcí v podzimních měsících a na začátku zimy kopírovaly běžnou sezónní trend a postupně se zvyšovaly. Chřipková onemocnění se – tak jako každý rok – vyskytovala nejprve jen sporadicky. Na přelomu roku začala chřipková epidemie, která vrcholila na počátku února. Co se týče celkové nemocnosti nebo nemocnosti v jednotlivých věkových skupinách, situace se příliš neliší od běžné chřipkové epidemie. V některých dalších aspektech je však letošní chřipková sezóna značně netypická.

Již od konce roku 2012 se významně zvyšuje počet závažných chřipkových onemocnění, jejichž léčba

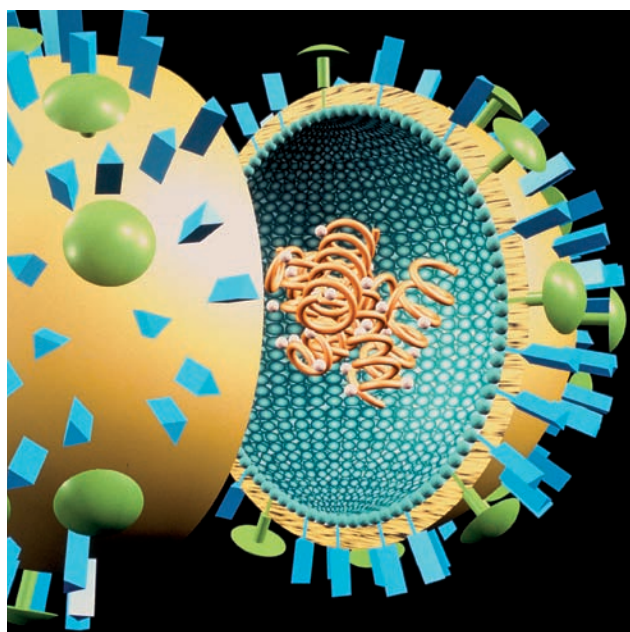
výžaduje téměř vždy intenzivní nebo resuscitační péči. Ke dni 15. 2. 2013 bylo těchto nemocných v Česku evidováno celkem 405, přičemž 85 z nich zemřelo. Tato čísla samozřejmě představují jen úplný vrchol pyramidy, mnoho dalších pacientů bylo hospitalizováno na standardních lůžkách a statistice jich zůstaly v domácí léčbě.

Podrobná analýza

Podrobnější předběžná analýza hlášených závažných případů chřipky zahrnuje 264 hospitalizovaných pacientů (159 mužů a 105 žen) k 1. únoru 2013 včetně. Závažný průběh chřipky se vyskytl v celém věkovém spektru, nejmladšímu pacientovi byl 1 měsíc, nejstaršímu 92 let, průměrný věk činil 56 let. V analyzovaném souboru došlo k 51 úmrtí, zemřelo 34 mužů a 17 žen. Průměrný věk zemřelých se závažnou chřipkou činil 64 let, minimální věk 27 let, nejstarší zemřelý byl 92letý. Většina úmrtí byla způsobena těžkou virovou pneumonií a jejími následky.

Co se týče etiologického agens, u 66 % nemocných byl prokázán virus chřipky A/H1N1 pdm09, tj. agens, které v roce 2009 způsobilo chřipkovou pandemii, avšak v současnosti se již jedná o virus sezónní chřipky. 29 % bylo pozitivních na chřipku typu A (subtyp neznámý). Vzhledem k tomu, že pouze 6 nemocných bylo pozitivních na chřipku A/H3N2, lze předpokládat, že většinu nesubtypovaných chřipek typu A lze přiřadit též viru A/H1N1 pdm09, který byl dominantním původcem chřipky po celé sledované období. Až na počátku února se v Česku zvýšil výskyt případů způsobených subtypem A/H3N2.

Převážná většina pacientů se závažným průběhem chřipky měla v anamnéze jeden nebo více rizikových faktorů: u 30 % z nich byla zjištěna obezita, 25 % byli kuřáci, chronické kardiovaskulární onemocnění mělo 29 % osob, chronické respirační onemocnění



Digitální model chřipkového viru (orthomyxovirus). | Ilustrace: vaccimedia.fr

ni 17 % a chronické hematologické onemocnění včetně hematologických nádorů 8 % pacientů. Někteří nemocní se závažným průběhem chřipky však byli do té doby zcela zdraví. Očkování proti chřipce před aktuální sezónou bylo anamnesticky zjištěno pouze u sedmi osob.

Několik kazuistik

Aby přehled nebyl pouhým výčtem zjištěných dat, několik kazuistik poskytne konkrétní příklady z letošní zimy.

Kazuistika č. 1

Žena 38 let, obézní (110 kg), 2. gravidita – týden gravidity není přesně znám (cca 28. týden). Proti chřipce očkována nebyla.

První příznaky virózy 17. 12. 2012, návštěva praktického lékaře, běžný průběh. Dne 21. 12. kontrola – pro přetrvávající dušnost nasazen amoxicilin. Dne 22. 12. nalezena doma cyanotická a bezvědomá, převoz do okresní nemocnice, kde byla pro *acute respiratory distress syndrome* (ARDS) zajištěna intubace a UPV. Pro další progresi nálezu, kdy dochází k selhání

na místně příslušné infekční oddělení, kde dochází k postupné progresi respirační insuficience. 2. 1. 2013 přeložen na ARO, pro další progresi respirační insuficience přeložen na KARIM. Při přijetí nález bilaterální ARDS, postupně přes agresivní ventilaci a agresivní antibiotickou i antivirovou terapii nastává zhoršování klinického stavu i zhoršování rtg nálezu. U pacienta dochází k další progresi septického stavu a 21. den hospitalizace umírá na následky akutního respiračního selhání vyvolaného chřipkou A/H1N1 pdm09.

Kazuistika č. 3

Muž 59 let, v anamnéze uveden nonhodgkinský lymfom – diagnostikován v roce 2006, v roce 2009 relaps, dosaženo částečné remise, proto v roce 2011 provedena allogenní transplantace. Dále *diabetes mellitus* s inzulinovou terapií. Proti chřipce očkován nebyl.

Přijat na KARIM pro těžkou dušnost s desaturací, anurií a šokovým stavem. Z aspirátu potvrzena chřipka A/H1N1 pdm09 dne 3. 1. 2013, pozitivní záchyt chřipky A přetrvával u pacienta ještě dalších 12 dní, naposledy 15. 1. Kromě hematologické medikace byl léčen kombinací širokospektrých antibiotik a podávána byla i antivirotika. Po 1odenní hospitalizaci na KARIM přeložen zpět na hematologii.

Kazuistika č. 4

Žena 77 let, v anamnéze 10 let CHOPN IV. stupně. Proti chřipce očkována nebyla.

Při přijetí afebrilní, při vědomí, výrazně dušná; pro akutní respirační selhání a suspektní pneumonii při příjmu zajištěna intubace a UPV. V průběhu hospitalizace progreduje oběhová nestabilita, anurie, ventilační selhání a za necelých 6 hodin po přijetí dochází k úmrtí. Virus chřipky A/H1N1 pdm09 zjištěn z výtěrů nosohltanu.

Kazuistika č. 5

Hromadný výskyt onemocnění zdravotního personálu interního oddělení: V průběhu ledna 2013 došlo k onemocnění celkem 12 osob personálu – 5 lékařů (1 muž a 4 ženy) a 7 sester (7 žen) interního oddělení. Nikdo z personálu nebyl očkován!

konvenční ventilace, pacientka překládána na kliniku anesteziologie a resuscitace k zavedení mimotělní membránové oxygenace (V-V ECMO), která začala být s úspěchem používána již při pandemii v roce 2009. Po přijetí vybaven *per sectio caesarea* mrtvý plod. Ve výtěru z nosohltanu a BAL potvrzena chřipka typu A/H1N1 pdm09. Nutnost trvání V-V ECMO po dobu 9 dní. Průběh komplikován septickým šokem. Masivní terapie antibiotiky ve vitální kombinaci, terapie antivirotiky (oseltamivir), supramaximální oběhová podpora. Nutnost operační revize. Po úspěšné terapii 20. den hospitalizace pacientka přeložena na místní ARO.

Kazuistika č. 2

Muž 29 let, od 9 let léčen pro juvenilní revmatoidní artritidu, dále pro sideropenickou anemii a depresivní syndrom. Proti chřipce očkován nebyl. První obtíže 25. 12. 2012 – rozvoj respiračních obtíží, pro které 27. 12. nasazen azithromycin, terapie však pro obtíže po 1. dávce ukončena. Dne 31. 12. přijat

Genetická příčina MCKD1 odhalena i díky českým vědcům

Vědci skupiny lékařské genomiky a bioinformatiky Ústavu dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN v Praze (ÚDMP) se významně podíleli na objasnění molekulární a genetické příčiny medulárního cystického onemocnění ledvin.

První obtíže byly uváděny 5. 1., poslední výskyt 19. 1. Dne 5. 1. byl na pracovišti hospitalizován nemocný pacient s potvrzeným onemocněním chřipkou A/H1N1 pdm09, v dalších dnech pak byli přijati ještě dva pacienti s potvrzeným onemocněním chřipkou A/H1N1 pdm09. Zda zdrojem onemocnění pro všechny nemocný personál byli jen pacienti, či zda se jednalo i o kontaktní onemocnění mezi personálem, se nepodařilo zpětně určit. Průběh onemocnění byl středně těžký. Setrvat v zaměstnání s příznaky onemocnění zvládli pouze dva zdravotníci, a to 1 den po prvních obtížích a 2 dny po prvních obtížích. Poté i oni zůstali doma na lůžku. Průměrný věk nemocného personálu činil 36,5 roku. Průměrná doba pobytu nemocného personálu na lůžku (PN a NV) byla 6,8 dne. U 5 zdravotníků byla zajištěna terapie antivirotiky. Onemocnění skončilo úzdravou všech nemocných. Oddělení s 18 lůžky muselo být z důvodu vysoké nemocnosti personálu uzavřeno celkem na 7 dní. Ekonomické důsledky uzavření oddělení nebyly zjišťovány, jisté však mnohonásobně překračují cenu očkovací látky.

Závěr

Letošní chřipková sezóna je do určité míry srovnatelná se sezónou 2010/2011, kdy byl dominantním vyvolavatelem nemoci také virus chřipky A/H1N1 pdm09, ovšem letos je závažných případů chřipky i zemřelých více. Neobvyklé je, že v zahraničí nejsou evidovány takto výrazné počty závažných případů chřipky. Lze se tak domnívat, že by situace v České republice mohla souviset s dlouhodobě velmi nízkou proočkovaností proti chřipce. Očkování sice neposkytuje stoprocentní ochranu před onemocněním, jeho důležitý efekt však spočívá zejména v tom, že významně snižuje výskyt komplikací a úmrtí. Jinými slovy – pokud jsem očkovaný, mohu být nemocný, ale měl bych mít mírnější průběh a hlavně mám několikanásobně větší šanci, že v důsledku chřipky nezemřu. Bohužel tento fakt si řada osob včetně zdravotníků neuvědomuje. Očkování proti chřipce by svým pacientům měli doporučovat nejen praktičtí lékaři, ale také odborní lékaři – specialisté.

MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.

oddělení epidemiologie infekčních nemocí,

Státní zdravotní ústav

MUDr. Zdenka Jágrová

protiepidemiologický odbor,

Hygienická stanice hl. m. Prahy

Medulární cystické onemocnění ledvin (MCKD1) patří do skupiny dědičně podmíněných chorob, jež se v dospělosti projevují postupnou ztrátou funkce ledvin a ve většině případů vyžadují dialýzu či transplantaci. Onemocnění je autozomálně dědičné, u každého potomka postiženého pacienta existuje 50% pravděpodobnost onemocnění.

Komplikovaná cesta k úspěchu

Vědci na základě genetických studií v rozsáhlých rodinách věděli, že hledaným genem podmiňujícím MCKD1 musí být jeden ze 45 genů lokalizovaných v oblasti 2 milionů bází na chromozomu 1, a tušili, že oním genem je MUC1, kódující membránový protein mucin-1, který je mimo jiné syntetizován v tubulárních

buňkách ledvin. Žádná z dostupných technik sekvenování DNA však mutace v genu MUC1 (ani v dalších) neodhalila.

Důvod tohoto neúspěchu objasnil tým z Broad Institute v Bostonu vedený Erikem Landerem a Markem Dalym, který za použití řady technik molekulární biologie zjistil, že MCKD1 je způsobeno vložením cytosinu do jednoho z mnohonásobně (80–100x) se opakujících Gobázových sekvencí motivů v genu MUC1. Mutace pak vede ke změně v dekodování příslušné genetické informace a k syntéze abnormálního proteinu, který má z jedné poloviny sekvenci shodnou s původní sekvencí mucinu-1 a druhou polovinu sekvence naprosto unikátní. Takto změněná proteinová sekvence vykazuje fyzikálně-chemické parametry, které

nejsou slučitelné s fyziologickým prostředím buňky. Syntéza, přítomnost a toxické působení mutovaného proteinu v tubulárních buňkách je proto pravděpodobně základní příčinou postupné ztráty tubulárních funkcí.

Unikátní imunohistochemická diagnostika

Právě přítomnost mutovaného proteinu mucinu-1 v tubulárních buňkách zkoumali v rámci projektu čeští vědci z ÚDMP pod vedením Ing. Stanislava Kmocha, CSc., kteří připravili protilátku, jež umožňuje specifickou detekci mutovaného proteinu a prokázali jeho přítomnost v řadě bi-optických materiálů od pacientů i ve vytvořených buněčných modelech. Na základě těchto výsledků zavedli unikátní imunohistochemickou diagnostiku, kterou

v současnosti poskytují spolupracujícím pracovištím ze světa. Objasnění genetické a molekulární příčiny MCKD1 mimo jiné umožňuje genetickou a histochemickou diagnostiku v preklinickém stadiu onemocnění, vytváří předpoklady pro preimplantační nebo prenatalní diagnostiku u postižených žen a zajišťuje, že potenciální příbuzní dárce ledvin nejsou pacienti v preklinickém stadiu. Otevírá se rovněž cesta k nalezení látek nebo procedur, které by v budoucnu mohly zamazat nebo snížit syntézu mutovaného proteinu v tubulárních buňkách a zastavit či zpomalit ztrátu funkce ledvin. Práce českých vědců byla přijata k publikování v prestižním časopise Nature Genetics.

(Zdroj: ÚDMP 1. LF UK a VFN)

(kha)

Český vědec přispěl k vývoji cílené léčby nádorů

Mgr. Michal Zimmermann ze Středoevropského technologického institutu Masarykovy univerzity (CEITEC MU) objevil nový genetický faktor rozhodující o způsobu opravy poškozené DNA, jenž je možné využít pro účinnější léčbu dědičných nádorů prsu a vaječníků.

Výsledky výzkumu českého vědce přineslo lednové vydání prestižního časopisu Science.

„Vyuštění“ genetických změn

Výzkum Michala Zimmermanna, který probíhá v laboratoři americké Rockefellerovy univerzity, sleduje chování nádorových buněk u dědičné rakoviny prsu a vaječníků při léčbě chemoterapeutiky, jež u těchto buněk cíleně vyvolávají poškození DNA tzv. dvouřetězcovým zlomem, které je následně nutné opravit. Buňky dědičných nádorů prsu často obsahují genové mutace, jež tuto opravu neumožňují, a proto tyto buňky po působení chemoterapeutika hynou a nádor ustupuje. Pokud ovšem buňky nádoru najdou způsob jak zlomy

opravit bezchybně, nádor se stane k léčbě rezistentní. Právě gen Rifi, případně jeho mutace, rozhoduje o typu opravy DNA a tím i o případné úspěšnosti terapie.

„Naše experimenty naznačují, že mutace genu Rifi může genetické změny způsobující chybnou opravu poškození DNA v podstatě ‚vyrušit‘. Zlomy způsobené lé-



Mgr. Michal Zimmermann. | Foto: archiv CEITEC

čivem v tom případě mohou být opravovány s menším počtem chyb a buňky nádoru mohou přežít,“ vysvětluje magistr Zimmermann.

Ověření v praxi

Z dosažených výsledků vyplývá, že sledování mutací genu Rifi v dědičných nádorech prsu a vaječníků mohou lékaři v budoucnu využít při volbě efektivní terapie. Tuto hypotézu nyní vědci musejí ověřit na myších modelech a poté i přímo u onkologických pacientů. „Náš výzkum byl dosud ryze základní – zaměřovali jsme se především na popsání mechanismu regulace oprav dvouřetězcových zlomů. Nepracovali jsme přímo s buňkami nádorů, ale s geneticky upravenými myšními buněčnými liniemi,“ doplňuje vědec, jenž je postgraduálním studentem oboru Genomika a proteomika na Přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity a současně výzkumníkem v CEITEC MU v laboratoři Mgr. Ctirada Hofra, Ph.D. V rámci svého doktorského studia Michal Zimmermann od roku 2010 působí také v mezinárodním týmu, jenž vede prof. Titia de Lange na Rockefellerově univerzitě v New Yorku.

(Zdroj: CEITEC MU)

(kha)

Co jsou vzácná onemocnění?

Světový den vzácných onemocnění

„Vzácná onemocnění“ (*rare diseases, RD*) jsou různorodou skupinou závažných nemocí, jejichž společnou vlastností je velmi nízký výskyt v rámci populace.

V Evropě se za vzácné považuje takové onemocnění, jehož výskyt v populaci je menší než 5 osob z 10 000 nebo také než 1 osoba z 2000. V jiných částech světa se tato definice může mírně lišit. Onemocnění může být v určité oblasti vzácné, ale naopak obvyklé v oblasti jiné. Například talasemie, což je anemie genetického původu, je vzácná v severní Evropě, ovšem častá v Arménii. Existuje také spousta rozšířených onemocnění, jejichž varianty jsou však vzácné. Celkový počet vzácných onemocnění se v současné době udává mezi 5 a 8 tisíci samostatnými klinickými jednotkami a nová jsou pravidelně doplňována v odborné literatuře.

Charakteristika RD

Jako vzácná onemocnění označujeme převážně vrozené (dědičné) nemoci, které se vyskytují u velmi malé části populace. Přestože jde o méně časté druhy nemocí, o kterých lidé často nemají žádné povědomí, celkový počet pacientů s vzácnými chorobami není zanedbatelný. V zemích EU téměř nemocem trpí více než 30 milionů obyvatel, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých. Odhaduje se, že v Evropě jsou RD zodpovědná až za 8 % případů morbidit a mortality.

Odborníci navíc upozorňují, že počet pacientů s vzácnými chorobami v budoucnu poroste. Více než

polovina vzácných nemocí bezprostředně ohrožuje člověka na životě nebo způsobuje invaliditu.

Ačkoliv mají v současné době pacienti k dispozici účinné moderní léky, které významně zlepšují kvalitu jejich života, patří stále řada těchto onemocnění do kategorie nevyléčitelných. Závažnost RD spočívá především v jejich různorodosti. Není výjimkou, pokud se jedno onemocnění vyskytne v různých podobách a s různými příznaky. Pokud bychom porovnali dva pacienty se shodnou diagnózou, můžeme u nich pozorovat naprosto rozdílné symptomy. Mnohé druhy vzácných onemocnění zůstávají dlouhá léta skryté a u pacientů se později mohou projevit s o to větší intenzitou. Podle odhadů existuje 5–8 tisíc druhů vzácných onemocnění, která zasahují tělesné nebo duševní schopnosti člověka. V některých obzvláště závažných případech pacienti bojují i s několika typy RD současně. Zdravotní komplikace spojené s nemocí a léčbou bývají spojeny s obrovskou zátěží pro pacienty i jejich rodiny, a to jak zdravotní, tak ekonomickou a sociální.

Příčiny RD

Nejčastěji se vzácná onemocnění vyskytují brzy po narození, ale mohou se projevit také v průběhu dětství nebo dospělosti. Postihují několik orgánových soustav zároveň. Zhruba 80 % všech případů

vzácných onemocnění je způsobeno genetickými vlivy, u zbylých 20 % nebyly příčiny vzniku dosud odhaleny. Značná část příznaků těchto chorob se projevuje postupně – pozornost se u některých pacientů může zpočátku zaměřit na léčbu příznaků, nikoli samostatného onemocnění. Každá vzácná choroba je specifická, proto je k ní třeba přistupovat individuálně.

Většina vzácných onemocnění je dědičného původu, a tudíž mohou být přítomna po celý život člověka, i když se v počátečních fázích života nemusí ihned projevit. Značná část těchto nemocí se však projevuje již v časně fázi života, 75 % RD postihuje děti. Asi 30 % pacientů umírá před dosažením 5. roku života. Existují také velmi vzácná infekční, autoimunitní a nádorová onemocnění. Příčina mnoha RD ovšem zůstává neobjasněna.

Vzácná onemocnění jsou nemocí závažné, často chronické a progresující. U mnoha z nich je možné první příznaky zaznamenat již při narození či v dětství, jako je tomu například u spinální muskulární atrofie, neurofibromatózy, *osteogenesis imperfecta*, chondrodysplazie, Rettova či Touretteova syndromu nebo u fenylketonurie. Asi polovina onemocnění se projevuje až v dospělosti, například Huntingtonova chorea, Crohnova nemoc, Charcotův-Marieův-Toothův syndrom, amyotrofická laterální skleróza, Kaposiho sarkom či nádor štítné žlázy. Některé jsou vzácnými formami nebo vzácnými komplikacemi běžných nemocí.

Obvykle neexistuje účinná léčba, avšak preventivním vyšetřením, včasnou diagnózou a následnou vhodnou péčí je možné zvýšit kvalitu života nemocných a prodloužit jeho střední délku. Závažnost celé problematiky podtrhuje i skutečnost, že v případě chybného či pozdního stanovení přesné diagnózy často dochází k nevratnému poškození zdraví, či dokonce úmrtí pacientů.

Vzácná onemocnění mohou postihovat všechny orgánové systémy, proto existuje i více různých

klasifikací, podle kterých se dále rozdělují.

Důležitá je osvěta

Většina vzácných onemocnění je nevyléčitelných. Správně zvolená léčba a péče mohou zlepšit kvalitu života pacientů a prodloužit jejich život. U některých chorob již bylo dosaženo významných úspěchů, což dokazuje, že tento boj je třeba nevdát, tedy pokračovat a zesílit snahy o další výzkum a sociální solidaritu v této oblasti.

Pacienti se vzácnými onemocněními se potýkají s podobnými problémy při své cestě k diagnóze, relevantním informacím a správným odborníkům. Vystávají specifické problémy týkající se přístupu ke kvalitní zdravotní péči, celkové sociální a zdravotnické podpory, spolupráce mezi nemocnicemi, praktickými lékaři a specialisty a začlenění do společnosti a soběstačnosti. Pacienti s RD jsou rovněž více psychicky, sociálně, ekonomicky a kulturně zranitelní. Těmto obtížím může být předcházeno správnými postupy.

V oboru vzácných onemocnění je stále nedostatek medicínských a vědeckých poznatků. Dlouhou dobu si lékaři, vědci a zákonodárci neuvědomovali závažnost této problematiky a až donedávna neexistoval opravdový výzkum či zdravotní politika zaměřená na vzácná onemocnění.

Stovky RD je dnes možné diagnostikovat na základě vyšetření biologických vzorků. Znalosti přirozeného původu těchto onemocnění se zlepšují díky vytváření registrů pro některá z nich. Vědci pracují stále efektivněji díky zapojení do sítí sdílejících výsledky jejich výzkumu.

Novou nadějí a perspektivou přináší rovněž evropská politika pro vzácná onemocnění, ale také politika jednotlivých evropských zemí. Vzácné nemoci jsou vážným problémem veřejného zdraví a prioritou programů EU v oblasti zdraví a výzkumu. Právní předpisy a financování výzkumných a vývojových projektů EU se zaměřují na podporu vývoje léčivých přípravků pro pacienty s RD. Podporují také optimální prevenci, diagnostiku a léčbu vzácných nemocí vytvářením sítí, sdílením zkušeností, odbornou přípravou a šířením znalostí.

Léčba vzácných onemocnění

Vzácná onemocnění vyžadují speciální péči a terapii. Léčivé přípravky se v angličtině nazývají *orphans* (sirotci) a jsou určeny pro léčbu onemocnění, která jsou tak vzácná, že se výrobci zdráhají tyto přípravky vyvíjet za běžných tržních podmínek, protože poptávka po nich nezaručuje návratnost investice do výzkumu a vývoje takového produktu. Pacienti se vzácnými onemocněními však nemohou zůstat na okraji současného vývoje vědy a nových léčiv, mají stejná práva na léčbu jako kterýkoli jiný pacient.

Pro stimulování výzkumu a vývoje léčivých přípravků pro RD úřady zavádějí pobídky pro zdravotnický a biotechnologický průmysl. Tento proces začal v roce 1983 ve Spojených státech amerických schválením zvláštního zákona. Japonsko takový zákon přijalo v roce 1993 a Austrálie v roce 1997. Evropa následovala v roce 1999 zavedením společné politiky pro všechny členské státy EU.

Schválení léčiva neznamena, že lék je dostupný ve všech zemích Evropské unie (seznam léčiv pro vzácná onemocnění na evropském trhu). Držitel oprávnění se musí předem rozhodnout, zda přípravku projde potřebnými procedurami pro každou zemi k určitému úhradu a obvykle také konečné ceny. Navzdory společným snahám činí různost přístupů v jednotlivých zemích přístup pacientů k těmto lékům složitý.

Vzhledem k tomu, že se jedná o specifické a vysoce inovativní přípravky, je jejich výzkum a vývoj velmi náročný, rizikový a zdlouhavý. Stanovení správné diagnózy a individuálního přístupu k léčbě by mělo být způsobeno každému pacientovi tak, aby mohla být zachována kvalita jeho života. Ačkoli je léčba vzácných onemocnění finančně náročná, je třeba upřednostnit princip solidarity a najít ve zdravotním systému dostatek vůle pro podporu těchto skupin pacientů. V Evropské unii je v současné době registrováno 62 *orphan drugs*, v České republice je k dispozici 27 z nich.

Často opomíjeným faktem je, že podpora výzkumu a vývoje nových léků proti RD znamená přínos pro společnost jako takovou.

Den vzácných onemocnění 2013

I v letošním roce je za „Den vzácných onemocnění“ považován poslední únorový den. Tato mezinárodní akce iniciovaná Evropskou asociací pro vzácná onemocnění EURORDIS se koná s cílem upozornit na problémy 30 milionů lidí v Evropě trpících některým ze vzácných onemocnění. Tito nemocní často nemají možnost dobrat se včas správné diagnózy, potýkají se s nedostatkem vědeckých poznatků a informací o vzácných onemocněních a nedostává se jim náležité zdravotní péče.

Tato mezinárodní akce se letos koná už po šesté. I když jde o onemocnění velmi různorodá, fakt vzácného výskytu konkrétních diagnóz pacientům způsobuje obdobné problémy. Jde především o stanovení správné diagnózy, nedostatek vědeckých poznatků o jednotlivých nemocích nebo neexistenci účinné léčby. Zvyšování povědomí o existenci vzácných onemocnění jak na straně veřejnosti, tak v řadách odborníků je jedním z hlavních důvodů, proč se „Den vzácných onemocnění“ koná.

Poznatky, které díky výzkumu získají odborníci, se totiž využívají i ve vývoji léků pro řadu dalších chorob. Tím se posouvá medicínský pokrok v rámci celého zdravotnictví.

Specializovaná pracoviště v ČR

V Česku dosud nebyla vybudována síť specializovaných zdravotnických pracovišť, která by byla zaměřena na léčbu vzácných onemocnění.

Přesto existují centra, kde se vybraným chorobám věnují specialisté. Jsou to: Národní referenční centrum pro diagnostiku a léčbu Gaucherovy choroby, Národní centrum pro diagnostiku a léčbu cystické fibrózy, Centrum pro diagnostiku a léčbu Fabryho choroby, Centrum pro plícní hypertenzi, Centrum hereditárních ataxií, komplexní onkologická centra, Národní centrum ve FN Brno,

Centrum kochleárních implantací u dětí ve FN Motol či Národní referenční laboratoř pro DNA diagnostiku při Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze.

Novorozenecký screening

Od roku 2009 se musejí všechny děti narozené na území České republiky podrobit takzvanému novorozeneckému screeningu. Cílem nenáročného vyšetření je odhalit vzácné onemocnění již v jeho počátku a zvolit účinnou léčbu dříve, než se choroba stačí projevit a způsobit dítěti nenávratné poškození zdraví.

K odhalení rizik postačí pouhá kapka krve na filtračním papírku – novorozenecké kartičce. Vyšetření není časově náročné a dítě nijak nezatěžuje. V současné době pomáhá tento screening odhalit 13 závažných RD. Pravděpodobnost, že bude vyšetřovaný novorozenec trpět vzácným onemocněním, je

velmi malá. Studie z posledních let dokládají, že se jedná přibližně o 1 z 1150 právě narozených dětí. Právě jemu však novorozenecký screening může zachránit život.

V Česku donedávna neexistovala jednotná koncepce pro diagnostiku a léčbu vzácných onemocnění. V srpnu 2012 schválila vláda ČR „Národní akční plán pro vzácná onemocnění na léta 2012 až 2014“, který vychází z Národní strategie pro vzácná onemocnění na léta 2010–2020. Jde o programový dokument, který určuje, jakým způsobem by se měla rozvíjet péče v oblasti vzácných onemocnění. Zabývá se především včasnou diagnostikou a dostupností léčby, pravidly centralizace péče, zlepšováním vzdělanosti a informovanosti a klasifikací nemocí. Obsah národního plánu připravila meziprofesní pracovní skupina pro vzácná onemocnění při Ministerstvu zdravotnictví

ČR, jejímž členem je i zástupce České asociace vzácných onemocnění (ČAVO).

Evropská regulace léčivých přípravků pro RD

Dne 16. 12. 1999 Evropský parlament a Evropská komise zavedly nařízení č. 141/2000, o léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění. Dále Evropská komise 27. 4. 2000 zavedla opatření č. 847/2000, určující finance pro aplikaci kritérií pro označení a definování pojmů „podobné léčivé přípravky“ a „klinická nadřazenost“. Podle nařízení č. 141/2000 pouze léčiva pro humánní použití mohou být označena jako „léčivý přípravek pro vzácná onemocnění“. Označení se netýká veterinárních léčiv, zdravotnických zařízení, potravinových do-

plňků a dietních přípravků. Léčiva takto označená jsou zadána ve společném registru.

Seznam léčivých přípravků pro vzácná onemocnění dostupných v Evropě udržuje na svých stránkách Orphanet, kde je každý měsíc aktualizován. Orphanet rovněž poskytuje přístup k informacím o léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění, jež jsou teprve ve vývoji (ve fázi klinické studie) nebo již v prodeji, kategorizovaný dle skupiny chorob, typu léčiva, názvu účinné látky, sponzora či země.

Podat výběrový přehled o všech těchto nemocích je nad rámec tohoto článku. Více informací o jednotlivých vzácných onemocněních naleznete na mezinárodním portálu: www.orpha.net

Markéta Mikšová

Pro zdraví a bezpečí

Společnost SHERLOG eVito představila novou eHealth službu, která slouží k monitorování zdraví a životního stylu. Hlavní výhodou systému je jeho komplexní pohled na zdraví a životní styl uživatele.



Foto: Leoš Chodura

Na vývoji služby se kromě jiných odborníků podílel i přednosta 2. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze **prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.**, jemuž jsme položili pár otázek.

Komu je zařízení eVito především určeno?

Zařízení může samozřejmě používat každý, ale je primárně určeno všem, kdo se chtějí o své zdraví aktivně starat. V současné době systém nabízí sadu přístrojů, které jsou cíleny na ovlivnění hlavních rizikových faktorů civilizačních chorob, a to krokometr, váhu, tonometr a pro diabetiky i glukometr. Přístroje umožňují

ji bezdrátový záznam měřených údajů a analýzu výsledků v uživatelsky přívětivém prostředí, které zároveň obsahuje mnoho užitečných rad a vodítek jak racionálně změnit svůj životní styl.

Co všechno od něj uživatel může očekávat?

Pokud se zamyslíme nad jednotlivými komponenty systému, dává jejich spojení logiku. Pro většinu z nás je hlavním problémem nedostatek aktivního pohybu. Krokometr jako prostředek pro monitorování té nejjednodušší, ale zároveň nejzdravější pohybové aktivity – chůze – je ideálním pomocníkem ke sledování reálné

aktivity a dosažení adekvátních cílů. Váha v sobě integruje nejen stanovení prosté hmotnosti, ale i odhad procenta tukové tkáně, což umožňuje sledování plnění toho nejzásadnějšího cíle, tedy redukce tukové hmoty. U těch, kteří mají potíže s krevním tlakem, pak tonometr umožňuje spolehlivou kontrolu úrovně krevního tlaku. Existuje dostatek důkazů o tom, že domácí monitorování krevního tlaku zlepšuje adherenci nemocných k léčbě a ve spolupráci s lékaři umožňuje dosažení lepší kontroly vysokého tlaku.

Jak vznikl nápad spojit několik jeho funkcí dohromady?

Hlavní myšlenkou bylo přinést nemocným takový modulární systém, v němž by si každý mohl sám vybrat, co bude aktivně využívat. Vše jsme pak chtěli zasadit do přívětivého prostředí, které si každý může individualizovat, nastavit si své osobní cíle, kontrolovat svůj jídelníček a sledovat své sportovní či jiné aktivity. To vše jsou výhody na straně uživatele, avšak cílem je, aby systém mohl přinášet spolehlivé informace i ošetřujícím lékařům, kteří by při jeho využití mohli významně zefektivnit systém péče například o hypertoniky či diabetiky. (eta)

Heterogenita nádorových kmenových buněk – teoretické, funkční a klinické implikace

Vývoj lidských nádorových buněk je pomalý evoluční proces, který není lineární. Nedávné výsledky mutační analýzy naznačují, že jde o různorodý a mnohem složitější proces, než se očekávalo.

Objevily se také výsledky, že některé geneticky abnormální klonové buněk získaly mutace, které mají onkogenní potenciál, ale maligní chování se u nich nemusí projevit po mnoho let. Nádorové klony tudíž zahrnují jak buňky, jež nikdy nemusejí pokračovat do malignity, tak i ty, ze kterých vzejdou skutečně zhoubné nádory. Termín nádorová kmenová buňka by měl být

striktně používán v situacích, kdy jde o buňky, z nichž se dále vyvíjí podskupiny buněk s maligními vlastnostmi. Pokud si ujasníme tyto nové genetické výsledky, že nádorové buňky mohou existovat v tak rozdílných formách, mělo by to podle autorů výzkumu pomoci v efektivnější diagnóze, přesnějším odhadu prognózy a v léčbě.

(Zdroj: Cancer Research) (mls)

Léčba malignity GIT geneticky modifikovanými kmenovými buňkami

Geneticky modifikované buňky doručené na místo onemocnění mohou zmírnit průběh nemoci, a dokonce vyléčit zhoubný nádor pomocí terapeutických nebo tzv. *suicide transgene* produktů.

V tomto směru se tyto kmenové buňky díky svým tumorotropním naváděcím vlastnostem staly středem zájmu multipotentní non-hematopoetické kmenové buňky z kostní dřeně. Moderní strategie však jde mnohem dále a používá tyto buňky nejen jako vehikula, ale také jejich specifický *make-up* k restrikci transgenní exprese v nádorovém prostředí (pomocí promotorů specifických pro nádorové tkáně). Tímto způsobem lze vyřešit obavy, že terapie kmenovými buňkami, která není striktně

selektivní, by místo vyléčení mohla indukovat nádor.

Kdyby taková léčba byla jen těsně minula cíl, následky by mohly být velmi škodlivé. Proto se nové strategie léčby gastrointestinálních nádorů (především hepatocelulární karcinom a rakoviny slinivky břišní) zabývají nejen navigací multipotentních kmenových buněk do místa malignity, ale soustředují se také na jejich modifikaci, aby byl jejich protinádorový efekt selektivní.

(Zdroj: Stem Cells) (mls)

SÚKL INFORMUJE / FARMABYZNYS

V boji proti padělkům má pomoci ESM

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) se společně s dalšími partnery chystá v České republice v rámci boje proti padělaným léčivům postupně zavádět evropský model ověřování léků ESM (*European stakeholder model*).

Systém ESM na evropské úrovni sdružuje Evropskou federaci farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA), Svaz lékárníků Evropské Unie (PGEU), Evropskou asociaci paralelních distributorů (EAEP) a Evropskou asociaci farmaceutických velkodistributorů (GIRP) a měl by se stát celoevropským nástrojem ověřování pravosti léčiv. To bude probíhat prostřednictvím unikátního 2D matrix kódu, jenž bude obsahovat všechny podstatné informace o daném přípravku a umožní sledovat jeho pohyb od výrobce až po vydání pacientovi. Původ každého balení tak bude možné ověřit.

„Hlavním cílem ESM je v současné době implementace 10 hlavních zásad, na kterých se účastníci modelu dohodli na evropské úrovni, a následné uvedení systé-

mu do praxe,“ uvedl výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček. Centrálou modelu ESM by se mělo stát evropské ústředí napojené na řadu národních či regionálních datových úložišť. Informace z nich by pak pro ověření pravosti léčiv mohli využívat všichni členové modelu ESM. Veškeré aktivity AIFP a EFPIA jsou v této oblasti dobrovolnou iniciativou, která reaguje na evropskou směrnici o zabránění vstupu padělaných léčivých přípravků na trh.

Důvěra v lékárníky

Z průzkumu, jenž si AIFP nechala vypracovat od agentury STEM/MARK, vyplynulo, že s padělků léčiv mají osobní zkušenost jen 2 % Čechů, více než polovina dotazovaných nicméně uvedla, že o problematice a nebezpečí těchto pří-

pravků ví. Drtivá většina účastníků průzkumu (95 %) si uvědomuje, že užívání padělků může být rizikové. Odlišit od originálních léků je ovšem nedokáže 76 % dotázaných, jejich nabídka pak 63 %. „Výsledky průzkumu potvrzují, že všeobecná znalost v oblasti padělků léčiv je nízká. Padělané léky jsou přitom velmi nebezpečné a boj proti nim musí být systematický,“ upozornil Jakub Dvořáček.

S nabídkou padělků se pak oslovení lidé nejčastěji setkali prostřednictvím e-mailu (32 %) či webových stránek (30 %). Pokud by měl respondent pochybnosti o pravosti léčivého přípravku, nejčastěji by se obrátil na lékárníka (odpověď zvolilo 54 % dotázaných), 36 % na svého ošetřujícího lékaře a 30 % na Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL).

(Zdroj: AIFP)

(kha)

Celoevropský model ověřování léčivých přípravků – 10 základních zásad

1. Obaly s jedinečným sériovým číslem, které odhalí, zda s balením bylo manipulováno.
2. Zajištění kontinuity ochrany v rámci celého dodavatelského řetězce.
3. Zajištění jednotného kódovacího a identifikačního systému na každém balení v celé EU.
4. Zajištění, aby databázové systémy pro ověřování přípravků mohly spolupracovat v rámci celé EU.
5. Ověření každého serializovaného balení na úrovni lékárny.
6. Maximalizace všech potenciálních přínosů hromadné serializace.
7. Zaměření na zajištění bezpečnosti pacientů a ochrany jejich soukromí.
8. Použití bezpečnostních prvků, které jsou jednoduché, robustní a efektivní.
9. Spolupráce v zájmu bezpečnosti pacientů.
10. Zapojení dalších zainteresovaných subjektů.

(Zdroj: AIFP)

Výzva k aktualizaci textů u léků obsahujících donepezil

Státní ústav pro kontrolu léčiv vyzývá držitele rozhodnutí o registraci léčivých přípravků obsahujících donepezil k aktualizaci textů doprovázejících tyto léčivé přípravky.

Donepezil je specifický reverzibilní inhibitor acetylcholinesterázy a je registrován pro léčbu Alzheimerovy choroby. Pracovní skupina pro farmakovigilanci (PhVWP) byla upozorněna na možnou souvislost mezi donepezilem a serotoninovým syndromem (SS) a bylo rozhodnuto o posouzení tohoto signálu. Do hodnocení byl zahrnut i neuroleptický maligní syndrom (NMS), protože diagnóza NMS může kromě svalové ztuhlosti a vysoké horečky obsahovat příznaky SS.

Byla hodnocena data preklinická, klinická, ze spontánních hlášení a z odborné literatury. Na je-

nich základě bylo rozhodnuto, že signál o možné souvislosti mezi donepezilem a SS není silný. Spontánně bylo nahlášeno jen velmi málo případů SS, z klinických studií nebyl hlášen žádný případ. Ve všech čtyřech nahlášených případech pacienti užívali další léky, které mohou způsobit SS (paroxetin, sertralin, trazodon).

Oproti tomu byl nahlášen NMS v 67 případech spontánně a ve 3 případech z klinických studií. PhVWP zvážila, že jde o poměrně dobrý důkaz příčinné souvislosti mezi donepezilem a NMS ať v monoterapii nebo v kom-

binaci, obvykle s antipsychotiky. Kauzalitu podporuje pozitivní *dechallenge* ve 42 případech a pozitivní *rechallenge* v 1 případě. Kromě toho se NMS v několika případech rozvinul v možném časovém rámci a nejméně v 5 případech po zvýšení dávky. Data v odborné literatuře podpořila názor PhVWP.

Dále byly nalezeny věrohodné biologické mechanismy. NMS vzniká při dysregulaci kortikostrikálních okruhů mezi motorickou kůrou a bazálními ganglii. Nejpravděpodobnějším neurochemickým mechanismem je zablokování D2 receptorů ve striatu. Pokud se u pacientů objeví příznaky neuroleptického malig-

ního syndromu nebo i nevyzpytlitelná horečka bez dalších příznaků NMS, donepezil musí být vysazen.

Žádosti o změny v registracích by měly být předloženy do 15. 3. 2013 v souladu s § 33 odst. 1 a odst. 3 písm. d) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů. Vzorové SPC najdete na internetových stránkách SÚKL.

(Zdroj: SÚKL)

Oznámení a 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 IBSA Slovakia, s. r. o., Bratislava, se z úrovně zdravotnických zařízení stahují léčivé přípravky **Condrosulf** 400, por. cps. dur., 60x400 mg (čísla šarží: 100602, 111003, 120201, 120202, 120401, 120402), 180x400 mg (čísla šarží: 111004, 111005) a **Condrosulf** 800, por. tbl. obd., 30x800 mg (čísla šarží: 101106, 120408, 120409, 120601, 120602, 120603, 120903, 120904, 120905).

Léčivé přípravky se stahují z důvodu závady v jakosti – nesouhlas textů na obalech s registrační dokumentací přípravků. Dostupnost léčivých přípravků není výše uvedeným opatřením dotčena, k dispozici jsou jiné nově vyrobené šarže.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti MSD-SP Limited, Hoddesdon, Velká Británie, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek **Inegy** 10mg/20mg tablety, por. tbl. nob., 28 tbl. (čísla šarží: Z000504, Z000914). Léčivý přípravek se stahuje z důvodu nesprávně uvedené informace o skladovacích podmínkách na vnějším obalu. Plynulost dodávek není výše uvedeným opatře-

ním ohrožena, na trhu jsou k dispozici jiné šarže tohoto léčivého přípravku.

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 99 odst. 1 písm. b) 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 Novartis, s. r. o., se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek **Lamisil dermgel**, drm. gel 1x15 g (všechny šarže). Léčivé přípravky se stahují z důvodu zrušení rozhodnutí o registraci.

(Zdroj: SÚKL)

Sanofi zaznamenala pokles zisku

Francouzská farmaceutická společnost Sanofi, která je rovněž majitelem českého výrobce léčiv Zentiva, oznámila v posledním čtvrtletí minulého roku pokles čistého zisku o více než 70 % – na 438 milionů eur (asi 11 miliard korun). Na vině jsou podle představitelů firmy především stoupající restructurační náklady (dle agentury AP stouply o více než 100 milionů eur

na 834 milionů) a vypršení patentů na některé klíčové přípravky. Tržby společnosti zůstaly meziročně beze změny, dosáhly 8,5 miliardy eur. Společnost Sanofi rovněž oznámila, že její základní zisk na akcii by v letošním roce mohl klesnout až o 5 % (loni se propadl o téměř 13 %). Akcie firmy oslabily po zveřejnění výsledků hospodaření o 3 %.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

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 odlučení 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.

Homeopatia mají zelenou. Třetina Čechů už nebude muset pátrat po indikacích

Lidé, kteří dávají před klasickými alopatickými preparáty přednost homeopatickým lékům, se pravděpodobně už brzy v příbalových letáčích dočtou, na co je konkrétní přípravek určený. A to díky novele zákona, která je na cestě ke schválení.

Zda je to výhra zastánců homeopatie, či nikoli, se teprve ukáže, už nyní má ovšem tento nekonvenční způsob léčby řadu příznivců, a to i přes neustávající odpor části odborné veřejnosti.

Známe ji a užíváme ji

Společnost pro výzkum trhu MindBridge Consulting uskutečnila před dvěma lety prostřednictvím *on-line* rozhovorů výzkum, který měl za úkol zjistit míru povědomí a postoj české populace k homeopatii a homeopatickým přípravkům. Závěry mohou být pro někoho překvapivé. Homeopatie je u nás třetí nejznámější způsob léčby, hned po klasické medicíně a akupunktuře. Navíc ji někdy v životě použila při léčbě sebe sama nebo svých blízkých téměř třetina Čechů. Ve 2/3 případů pak homeopatia užívá jako prevenci nebo se jimi léčí více členů rodiny.

Respondenti výzkumu uvedli jako tři hlavní důvody pro užívání to, že léčba je přírodní, nemá vedlejší účinky a je účinná. O tolik diskutované účinnosti homeopatik je přesvědčeno 72 % oslovených (mezi nimiž byli jak uživatelé, tak i neuživatelé homeopatik). Homeopatia jsou v 60 % případů používána na léčbu nemocí zimního období, čtvrtina pacientů je užívá jako prevenci a 15 % respondentů jimi

potlačuje projevy alergie. Obecně pak u dotázaných mírně převažovala nespokojenost s dostupností a množstvím informací o homeopatii v České republice. A to přesto, že v roce 2011 Češi za léčbu homeopatickými přípravky utratili téměř 116 milionů korun.

Alopatie vs. homeopatie

Klíčovým tématem při diskusi zda homeopatii uznat jako rovnoprávný způsob léčby, či nikoli může být samotný vztah mezi tzv. tradiční a moderní medicínou. Alopatie, tedy léčba pomocí látek vyvolávajících opačný účinek, než jaký má nemoc, je metodou běžně používanou v moderní medicíně. Lékař stanoví diagnózu podle konkrétních příznaků té či oné choroby a předepíše lék, který má tyto příznaky nebo jejich vyvolávající příčinu potlačit a pacienta vyléčit. Homeopatie je naproti tomu léčebnou metodou celostní medicíny, která se na lidský organismus dívá jako na celek, ve kterém je vše propojeno. Jako léčivou látku pak používá látku podobnou té, která nemoc způsobila.

„Princip homeopatické léčby spočívá v tom, že podporuje vlastní fyziologické funkce těla. Je tedy specifickým bioregulátorem,“ říká praktická lékařka a předsedkyně české Homeopatické lékařské asociace MUDr. Hana Váňová. Homeopatii ve své praxi použí-

vá již dvacet let. V jakých případech? „Jsou situace, kdy je homeopatie metodou první volby, například nekomplikované virózy, migrény a bolesti hlavy bez neurologického nálezu, funkční zažívací potíže, neurastenický syndrom, nekomplikované alergické rýmy a ekzémy. Ve druhé řadě jsou komplexní a chronické nemoci, kdy pacienti užívají příslušné klasické léky a homeopatie tuto léčbu doplňují. Zlepší se funkční stav a omezí nežádoucí účinky klasických léků,“ uvádí lékařka.

Homeopatie se nesnaží příznaky potlačit, ale dodává tělu potřebnou informaci (prostřednictvím silně naředěné a dynamizované výchozí látky nanášené na neutrální základ), aby s nemocí samo bojovalo. Snaží se odstranit příčinu nemoci. Jde tedy nejen o odlišný způsob léčby, ale o zcela odlišný pohled na principy léčby jako takového. Velkou pomocí je homeopatie dle Hany Váňové i při léčbě úrazů a v průběhu operací. Urychluje hojení a zkracuje délku rekonvalescence.

Potencování a placebo efekt

Skeptický názor vědecké veřejnosti na účinnost homeopatik je odvozen od skutečnosti, že účinná látka je v homeopatických lécích zředěna natolik, že její přítomnost v roztoku se může počítat na

pouhé molekuly. Tzv. potencování (ředění) podle mínění odpůrců zapříčiní, že v přípravku účinná látka prakticky není. Kvůli tomu často označují kladné výsledky léčby homeopatiky za placebo efekt. Zastánci homeopatie však upozorňují, že tento způsob léčby není kvantitativní, a přirovnávají homeopatia k dlouhohrající desce. „Můžete dát analyzovat její složení, ale hudbu uslyšíte, teprve když ji pustíte na gramofonu,“ argumentují.

Navíc má dle jejich názoru tato metoda řadu dalších výhod oproti chemicky vyráběným lékům. Homeopatie se nelze předávkovat ani poddávkovat, nemají nežádoucí účinky, nezpůsobují alergii a nezatěžují orgány. Nehrozí ani interakce s jinými léky nebo vypěstování závislosti. Produkce homeopatik je navíc ekologicky příznivá, bez rizika reziduí v organismu, potravinách či prostředí.

Začlenění do systému

Prvním, kdo homeopatii popsal v odborné knize a sám ji k léčbě využíval, byl německý lékař Samuel Hahnemann. Ten na začátku 19. století objasnil její základní principy známé už z dob starého Řecka a prováděl další experimenty. Jeho současní nástupci na poli medicíny, alespoň v České republice, k této metodě tak vstřícní nejsou. Homeopatie je často považována za metodu laiků, a to přesto, že vzdělávacích kurzů v oboru je bezpočet. Existují i homeopatické školy a homeopatická fakulta, kde se tento léčebný postup vyučuje v několikaletých studijních blocích. Některé formy vzdělávání jsou otevřené všem zájemcům (tedy i nelékařům), do některých mohou vstoupit pouze odborníci, kteří mají ukončené medicínské vzdělání.

Krátce po revoluci vznikla v České republice Česká komora klasické homeopatie, která sdružuje registrované homeopaty a je členem Evropské centrální rady homeopatií (ECCH). Tzv. registrovaní homeopaté se musejí řídit etickým kodexem, v němž se mimo jiné zavazují k tomu, že „ni-

kdy nebudou prosazovat vysazení alopatických léků či podmiňovat vysazením alopatických léků homeopatickou konzultací a že budou podporovat klienta, aby dodržoval sjednané kontroly svého zdravotního stavu u svého ošetřujícího lékaře a informoval ho o homeopatickém poradenství.“ Nejedná se tedy o „soubor dobra se zlem, přírody s chemií, šarlatánů s vědou“, jak bývá tento spor často prezentován. Od roku 2007 existuje v Česku také Homeopatická lékařská asociace, která sdružuje pouze lékaře. Praktikuje tzv. klinickou homeopatii a její hlavní snahou je začlenit homeopatii do systému současné české medicíny.

Jsem lékař a jsem i homeopat

Homeopatia se při lehčích onemocněních mohou používat i v rámci samoléčby. U závažnějších problémů musí o způsobu léčby vždy rozhodnout lékař. Ze zmiňovaného výzkumu vyplývá, že až 38 % respondentů užívá homeopatia právě na doporučení svého lékaře. V České republice podle statistik absolvovaly jednu z homeopatických škol do roku 2010 na 4 tisíce lékařů a přibližně 50 % z nich homeopatii využívá i ve své praxi jako samostatný léčebný prostředek nebo jako doplněk konvenční léčby. Homeopatické kurzy v Česku absolvovaly i stovky lékařů, kteří jsou díky tomu schopni poskytnout pacientovi doporučení.

Zemí, kde je využívání homeopatik hojně a uznávané i v medicínském prostředí, je Německo. Jde například o aplikace v pediatrii a onkologii. Podle zkušeností německých lékařů kojenci na homeopatia reagují daleko lépe než na moderní invazivní léky na chemické bázi. Léčí se tak mimo jiné abstinencií syndrom u dětí matek závislých na drogách či alkoholu, novorozenecká žloutenka a homeopatia pomáhají například i ke zklidnění dítěte při poúrazovém šoku. Onkologickým pacientům zase ulevují při nevolnostech po chemoterapii.

Využití homeopatické léčby u dětí je také jedním z významných argumentů jejich zastánců ve sporu o placebový efekt těchto preparátů. Nejlepší výsledky léčby totiž homeopaté sledují právě u malých dětí a zvířat, tedy



Ilustrace: Foto: Shutterstock

K zubaři s důvěrou a často

„Říká se, že zubní lékařství lidé dělají ze dvou důvodů – buď mají rodiče zubaře, nebo jsou sadisté. Sadista nejsem a rodiče mají jinou profesi. K zubařině jsem se dostal spíše náhodou, protože mě bavily biologické obory,“ směje se **MUDr. Jan Stuchlík**, zakladatel a vedoucí lékař stejnojmenné dentální kliniky v pražském Karlíně.

Otevřou se dveře a vstoupíte do vodního světa, kde vás uvítá prostorné sladkovodní akvárium. Pohled na plující ryby všech barev prý uklidňuje.

Bez stresu a se zdravým chrupem

Klinika byla založena v létě 2012 s cílem rozvíjet a zkvalitňovat komplexní zubní péči. Středem pozornosti je zde klient, ať už malé dítě nebo dospělý člověk. Koncept péče vychází ze základního a nejdůležitějšího pilíře, kterým je prevence vzniku onemocnění. Návštěva zubního lékaře patří k obávaným, i když podle doktora Stuchlíka se dnes již u zubaře není třeba bát – bezbolestné ošetření klienta je samozřejmost. I proto je zde kultivované a vstřícné prostředí. Úroveň zubní péče se v České republice výrazně zlepšuje, takže, jak říká stomatolog, za strachem ze zubaře vězí spíše lajdáctví v přístupu k čištění a péči o chrup.

Po absolutoriu lékařské fakulty, oboru zubní lékařství, Jan Stuchlík sedm let pracoval na klinice docenta Romana Šmuclera, což pro něho dle vlastních slov byla výborná škola i zázemí. Některé věci však chtěl dělat podle svých představ, proto si loni založil kliniku vlastní. „Snažíme se poskytovat péči nejen ve smyslu ošet-

ření, ale chceme, aby sem lidé chodili rádi a důvěřovali nám. Abychom je bez stresů provedli životem se zdravými zuby,“ dodává.

Stejně procento lajdáků

Důvěra v zubního lékaře je velmi důležitá. Zubní vyšetření některé ženy dokonce považují za horší než návštěvu u gynekologa. Podle doktora Stuchlíka je to dáno i tím, že lidé se dost často za to, co mají v ústech, stydí. „Za špatně spravené zuby však pacient nemůže,“ připomíná lékař. „Bohužel většina naší práce spočívá v napravování nesprávně ošetřených zubů. Stává se, že přijdou lidé, kteří zubaře navštěvovali pravidelně, a najednou mají postupující paradontitidu, kterou nikdo neřešil. Nebo mají spoustu zubních kazů, protože se nezhotovaly rentgeny, jimiž by se zjistilo, zda tam zubní kaz je, či není.“

Zajímalo nás, zda Češi mají zuby v horším stavu než lidé ve zbytku Evropy. Lepší stav chrupu mají snad jen Švýcaři nebo Skandinávci, u nichž jsou preventivní programy zaběhnuté už natolik dlouho, že kazivost zubů je výrazně nižší. Ale ve srovnání se středoevropským regionem či přímo s Německem na tom, jak říká MUDr. Stuchlík, nejsme výrazně hůř. V každé populaci zkrát-

ka lajdáci tvoří přibližně stejné procento, ať jsou to Němci nebo Češi.

Čisté zuby se nekazí

A co vše může člověk pro svůj chrup udělat? V první řadě platí, že čistý zub se nemůže zkazít. Není-li na povrchu zubů či v mezizubí dentální plak obsahující bakterie, nevznikne zubní kaz, zánět dásní, případně ani parodontitida. Výjimečně může být zubní sklovina narušena nějakou dědičnou chorobou nebo tím, že dítě či matka v těhotenství užívaly delší čas antibiotika. Ovšem za většinu potíží se zuby je člověk odpovědný sám. Velmi důležité je proto naučit se čistit si zuby efektivně. Samozřejmě také musí narazit na dobrého zubaře, který problém včas odhalí a hlavně jej dokáže odstranit. Jsou-li dodržována preventivní opatření, pak by žádný kaz neměl vzniknout. Jak víme, kazy se vyskytují stále, což svědčí o tom, že člověk je zkrátka jen člověkem se všemi slabostmi a nedostatky.

Jak často by tedy člověk měl chodit na preventivní prohlídku, aby měl dobrý pocit, že se o zuby řádně stará? Jan Stuchlík říká, že vhodný interval pro většinu populace je dvakrát ročně. Prohlídka by se měla spojit s dentální hygienou, kterou potřebuje skoro každý. Když se zuby dva-

krát ročně zkontrolují a odborně vyčistí, pravděpodobnost výskytu kazu je opravdu malá.

Přesná diagnostika je základem

Klinika disponuje špičkovým technickým zázemím. Trojrozměrný diagnostický rentgen dokáže zobrazit struktury v dutině ústní prostorově, což je užitečné hlavně při chirurgických výkonech, jako jsou třeba implantace. Když se plánuje zavedení implantátu, je potřeba opravdu přesně poznat, kde jsou důležité anatomické struktury, kolik je kosti a podobně, aby klient případně nebyl ohrožen. Takový rentgen zdaleka není v zubních ordinacích standardem.

Na klinice také dbají, aby byl klient do léčby aktivně zapojen, sám dokázal pochopit, co se v jeho ústech děje, a proto se vždy během ošetření používá malá intraorální kamera s ledkovým osvětlením. Kamera se zavede do úst, zaostří se, prostor vyfotí, pořídí se tak makrosnímek zubu a lékař potom dokonale vidí, co se v ústech odehrává. Klienti mohou celý výkon sledovat na obrazovce. Na pěkně zvětšeném snímku vidí tmavé kazy, proces ošetřování a pak hotové plomby. Je to určitě výhodou i pro lékaře, protože dobře vidí do obtížně dostupných míst dutiny ústní, jako jsou například horní zadní zuby.

Při každém vrtnání zubu je zde standardem užití ochranné latexové blány kofferdam. Sponou se uchytne na zub, díky bláně má lékař vytvořeno suché pracovní pole a dokonalé podmínky pro ošetření konkrétního zubu. Výhodou je, že zbytky odvrátavých plomb nepadají do úst a do prostoru se nedostane voda, což je důležité, protože zejména bílé plomby jsou citlivé na vlhkost. Blánou se také zuby izolují, takže je odhaleno jen to místo, které se právě ošetřuje. Jasně modrá barva v ústech působí opravdu bizarním dojmem.

Ordinace nemůže být kdekoli

Vybudování kliniky od první ideje, tedy hledání nejvhodnějšího místa, až po její otevření trvalo téměř dva roky. Největším pře-



kvapením pro doktora Stuchlíka bylo, že v době, kdy se v Praze nabízí množství volných nebytových prostorů, nebyla ochota jednotku pronajmout. Možná i proto, že budování zubních ordinací je oproti klasické kanceláři mnohem obtížnější. Je třeba přivést vodu, zasáhnout do podlahy, aby odpady byly funkční... Ordinace se nedá umístit kdekoli i kvůli výšce celého prostoru. Hlavním kritériem výběru moderní budovy v Praze 8 tak bylo, že je nová a dobře dostupná autem i hromadnou městskou dopravou.

Odborné i lidské předpoklady

Klinika má celkem tři ordinace a tři lékaře, dvě sestřičky, dentální hygienistku a provozní manažerku. „Nejobtížnější bylo sehnat kvalitní personál. Kromě odborných předpokladů byla kritériem pro výběr spolupracovníků i jazyková vybavenost, i když drtivá většina klientů jsou Češi. Sídíme v místě, kde je spousta kancelářských budov a kde jsou zaměstnání i cizinci, takže je potřeba s nimi umět komunikovat. Velmi důležitá je osobnost člověka, aby působil příjemně a vstřícně. To platí i u sestřiček. Lékař může být skvělý odborník, ale současně úplný asociál a bruchoun. Personál si vybírám sám. Dám na první dojem, jak na mě potenciální kolega působí jako člověk. V denní rutině pak platí, že zkušenější předávají své zkušenosti mladším, takže totéž se snažím dělat u svých kolegů. Složitější výkony se člověk učí dělat, to je jasné. Raději si vyberu méně zkušeného kolegu, kterého si postupně vychovám k obrazu svému. Někdy se stává, že lékaři už mají své návyky, které nejsou ochotni změnit a které se nemusí shodovat s mojí představou,“ vysvětluje doktor Stuchlík.



5x foto: Leoš Chodura

ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

4 otázky pro stomatologa MUDr. Jana Stuchlíka

V jakém věku děti začínají mít problémy se zuby?

Problémy mohou nastat už při prvních dočasných zoubcích. Zoubky se mohou zkazit velice záhy, zejména kvůli sladkostem ve větší míře a při špatném čištění zubů. Stane se, že mohou být zkažené už třeba v 6 měsících života dítěte, kdy se první zoubky prořezávají.

Každý si asi domyslí, že u dětí, zejména těch opravdu malých, je ošetření velmi problematické. Děti nespoučují, zoubky jsou malé, dostane se tam slina. Je jasné, že lepší než jakákoliv terapie dentálního kazu je prevence, u nejmenších dětí by měla být zaměřená především na vysvětlení rodičům, jakým způsobem mají o zoubky pečovat.

Je také třeba pravidelně zuby kontrolovat, minimálně jednou za 6 měsíců, protože u dětského chrupu se kazy mohou rozběhnout velice rychle a při jakýchkoli známkách

odvápňení je nutné zasáhnout co nejdříve. Samozřejmě drobný defekt se ošetří mnohem snáze, výkon není tak náročný na čas, zatímco hlubší kazy u dětí dost často nejsou ošetřitelné bez dokonalé přípravy. Jistě, můžeme se bavit i o ošetření v celkové anestezii, to je ale pro organismus zbytečně zatěžující, což nechceme ani my, ani rodiče.

Může žena udělat něco pro chrup svého dítěte již v těhotenství?

Důležité je, aby si sama dobře čistila zuby, protože všeobecně se v těhotenství zhoršuje stav dásní vlivem hormonálních změn, dásně jsou citlivější na krvácení a na zánehy. Proto je nutné, aby žena měla zuby perfektně vyčištěné, minimalizovala množství bakterií v ústech a omezila tak jejich přenos na dítě, když jej krmí nebo políbí.

Mají příslušníci jiných ras nějaké specifické zubní problémy?

Třeba černoši z rovníkové Afriky mívají takzvané diastema, tedy jsou typičtí tím, že mají mezi horními řezáky mezeru. Měli jsme tu jednu ženu z takové oblasti, která nás žádala, abychom jí takovou mezeru mezi zuby vytvořili, protože u nich se mezera mezi předními zuby považuje za znak krásy. Měla krásné pravidelné zuby... Nakonec jsme jí tu mezeru proti podepsání reversu udělali. Asiati proti Evropanům zase mají obrovské množství ortodontických anomálií, tedy nepravidlostí v postavení zubu, a jsou také náchylnější k zubním onemocněním.

Co byste dělal, kdyby vás bolet zub?

Rozhodně nejsem tak ješitný jako někteří zubaři, kteří si vrtají zuby sami. Svěřil bych se do rukou kolegovi. Samozřejmě takovému, jemuž plně důvěřuji.

(eta)



Mračí se jenom želva

Letos v únoru na pracovišti začal provoz dětské ordinace. Dětský stomatolog nemusí mít zvláštní specializaci, hlavně když má pevné nervy a velkou trpělivost. Od ordinace pro dospělé se liší především prostředím. Na klinice dbají, aby dítě nevnímalo ordinaci jako sterilní prostor, který ho děsí, ale trochu jako hru, aby se tam cítilo spíše jako v pokojíčku, proto zdí zdobí obrázky.

A proč právě podmořský svět? V minulosti doktor Stuchlík bý-

val vášnivý akvarista, dnes už na to nemá čas, tak si alespoň udělal radost a rybičky umístil do akvária v recepci a na stěnu dětské ordinace v podobě tapety s podmořským tajemstvím. Žralok se „zubí“, delfini zase „usmívají“, želva se „tváří“ nakvašeně. Podmořský svět děti uklidňuje i vzdělává, protože u každého živočicha je uveden jeho název. Pozorováním obrazu se dětský pacient odroaguje, a než si lékařský výkon stačí uvědomit, je po všem.

Markéta Milkšová

Klientelu tvoří lidé, kteří rozumí tomu, že kvalitní zubní péče kvůli přístrojovým investicím není zadarmo, své zdraví si chrání a jsou ochotní do toho investo-

vat. Rozhodně prý však klinika není určena jen celebritám. Pracoviště nabízí ošetření pacientům od nejmenších dětí po seniory. Poskytuje běžnou péči, jako

jsou ošetření zubního kazu, kořenových kanálků, kořenů, vytvoření můstků, snímatelných náhrad či zavedení kompletní zubní náhrady pomocí implantátů.

Inzerce A131002407

1. března 2013 jsme zahájili již 8. ročník celostátního projektu NEMOCNICE ČR 2013, zaměřeného na zvyšování kvality a efektivity služeb pacientům v nemocnicích (fakultní, krajské a městské). Co je cílem? Především oceňovat nemocnice pozitivně vnímané v očích pacientů i zaměstnanců. Výsledky poté slouží pro podporu certifikačních a akreditačních norem řízení nemocnice v oblastech sledování spokojenosti pacientů a zaměstnanců nemocnic.

HLASUJTE

www.hc-institute.org
Neváhejte nás kontaktovat.

Neváhejte vaši nemocnici zapojit do celostátního hodnocení v těchto strategických oblastech:

Všechny dotazníky splňují národní akreditaci kvality a zároveň jsou testovány s pomocí představitelů akreditovaných českých nemocnic fakultního a krajského typu.



V roce 2012 hlasovalo celkem cca 62 tis. pacientů a přes 5 tis. zaměstnanců.

Při vývoji dotazníků spolupracujeme rovněž s představiteli 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Detaily viz
www.nejlepsi-nemocnice.cz
odkaz: Podpora pro nemocnice

NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

Hlasujte od 1. března do 30. září 2013

hlavní partneři	spolupracujeme	mediální partneři	organizátor

Den duševního zdraví lékařů

Motto: Blud nepřestává být bludem, i když ho sdílí většina.

(Lev Nikolajevič Tolstoj)

(Ne)způsob práce

Vahou častého opakování a transgenerační infekce se u řady lékařů vytvořil jakýsi dojem, že se to všechno udělat musí, jinak by lékař mohl být blíže neurčeným způsobem popotahován a napaden. Jak přibývá těchto vyšetření, postupně se ztenčují rubriky „Anamnéza“ a „Obj. vyšetření“. Tam už se mnohdy nedozvíte příběh choroby ani nález na pacientovi tak, abyste si ho uměli živě představit. Anamnéza začíná slovy „Přichází pro...“ nebo „Přivezen pro...“ a následuje diagnóza. Nikde se pořádně nedoctete, co a kdy se vlastně stalo ani jak to probíhalo dál. Klinický nález nezřídka končí zažitou frází, že „DKK jsou bez otoků a známek TEN“. Zda na nich pacient stojí, či dokonce chodí, to je mimo obzor vyšetřujícího lékaře. Pomocná vyšetření pak není s čím korelovat, což je zdrojem jinak zdánlivě nepochopitelných diagnostických omylů. Nemám žádnou statistiku a nechci generalizovat, ale podle mé zkušenosti je to pro zdraví systému až příliš rozšířený (ne)způsob práce. Nikdo nechce sám rozhodnout a drobí odpovědnost i u těch nejbádnějších a neproblematičtějších stavů. Takže u běžné bolesti hlavy „raději ještě ortopedické vyšetření“. Proč? Co s tím má ortopedie co společného? A tisíce obdobných nejapností v jiných oborech. A toho nekonečného rentgenování, zejména páteří. Pro nic za nic. Pánubohu do oken. Nepřináší to žádný efekt, žádné poznání, jež by kauzu kamkoli posunulo. Výsledky slouží k demonstraci snahy, ovšemže jalové. Hlušina nálezu k archivaci s výjimkou nečetných pacientů, jejichž bolest provázejí tzv. červené praporky. Tam se naopak často kauza paradoxně prosvihne. Vrcholem je snímkování krčních páteří pro závativost či bolest hlavy. Věcná souvislost velmi sporná a praktický výsledek absolutně irrelevantní. Je to jeden gigantický Černobyl. Show vesele pokračuje, čekárny jsou přeplněné, objednávací doby se prodlužují, všichni jsou uštvání a peněz valem ubývá jako z děravého kýblu. Poškození nejsou jen pacienti, které tato tsunami iracionality zasáhne přímo. Nastávají nejméně stejně významné kolaterální škody v podobě zhoršení dostupnosti péče pro další nemocné. Nejsou na ně peníze a hlavně čas.

Kvalitní české zdravotnictví se prý pozvolna rozpadá. Cíl ČLK? Stručně a jasně: Všechno zakonzervovat, na nic nesahat, nic nereformovat, jen nalít peníze z blíže neurčeného zdroje. A dál pilně fezat větev, na níž sedíme. *The show must go on.* A v celé své strašlivě neefektivitě dál semílat rozpočty, pacienty, zdravotníky a každého, kdo se jí náhodou připlete do cesty.

Bujný večírek v ústavu pro choromyslné

Takže zase protest proti objektivním danostem. Tedy protest – ono jde spíš o pláč, skřípění zubů a nemůžné skuhrání. Bubny virblují, extáze sebelítosti a vzteku dosahuje orgastických výšin. A tak se zrodila „Petice občanů České republiky za zachování fungujícího zdravotnictví“ s dramatickou výzvou dr. Kubka: „Zachraňme naše zdravotnictví!“ Uděláme to tak, že si v pátek 1. března půjdeme odpočinout. Boj na gauči. To mi vyhovuje. Relaxovat od všeobecného třetění. Aby nám z toho neprdlo v kouli. Někteří už k tomu mají jen krčurky.

Tak například Martin Engel v periodiku s povinným odběrem, v němž někteří kolegové prodělávají své bolestivé měsíčky, říká následující oblundnost: *Ministr Leoš Heger a současná vláda škodí této zemi a jejímu zdravotnictví. Nejspíše vědomě a na objednávku. (sic!) Jakákoli akce, která jim v tom zabrání, je oprávněná. Když ne z jiného důvodu, tak z vyššího principu mravního... To je vskutku silná káva. Jak od Maryši.*

Pojďme si to přeložit: Agent Heger škodí všemu našemu lidu: dělníkům, rolníkům i pracujícím inteligenci, a to v zoldu zrádců, revanšistů a zahraničních ideodivnostních centrální. Vražda na tyranovi není zločinem. Lidu zdraví, světu mír. Bla, bla, bla... Podepsán: plk. JUDr. Karel Vaš, v. r.

Kdekohe dnes popadl jakýsi orientální amok, tanec dervišů. Bože, kolik koncentrované hlouposti, kolik zloby, kolik agrese, kolik lži, kolik tenesmů ducha. A jejich eskalace až do kritického přehřátí možků. Podlehla tomu celá společnost. Bujný večírek v ústavu pro choromyslné. Skončí to někdy? Crebeniček zvracel na Palacha, Klaus na Havla, Engel s Kubkem na Hegera. Heger na

objednávku likviduje úžasné české zdravotnictví. Čarodějnice obcují s ďáblem na Petrových kamenech. Palach podporoval komunisty. Konec světa se blíží. Zemanovo zvolení je vítězstvím pravdy a lásky. Svět řídí židozedenářská lobby iluminátů. Nebezpečný jakobínský ultralevičák Havel bořil lidský řád. Já myslím, že bořil řád nelidský, ale to je jedno.

S bludy nemá smysl polemizovat, ty se jen zapisují do chorobopisu. Pokud možno doslova. Rozdíl mezi všemi těmi mluvčícími hlavami se úplně stírá. Můj ty smutku, kde se najednou vzalo tolik pomatenosti? Vyrovnanost sice nepatří mezi hlavní klinické znaky naší národní mentality, ale čeho je moc, toho je příliš.

Věříme, protože je to absurdní

Je nezpochybnitelnou pravdou, že do zdravotnictví by se dalo poslat mnohem víc peněz. Násobky. Dokonce i bez ohledu na jeho činnost a strukturu. Tedy pokud bychom je měli. Také je pravdou, že bychom všichni mohli být o něco mladší, krásnější a chytřejší. I počasí by mohlo být lepší. Lidé by měli být hodní a poctiví. S tím vším rád souhlasím. Byla to fakt kvalitní tráva. Ale teď z *tripu* zpátky do šedi reality: Co udělat tady a teď, se silami a prostředky, jež jsou skutečně k dispozici? A s břemenem vnitřních dluhů materiálních i mentálních, jež s sebou vláčíme jako mlýnský kámen na krku? Má na to vláda vydat usnesení podpůrné tiskem bankovek? Spustit zlatý déšť? A pokud ne, je tato vláda zlá, kdežto všechny předchozí byly výborné? Je-li zřejmě smutnou pravdou, že pojišťovny letos přijdou do deficitu, je to ten pravý moment ke kladení dramatických a ultimativních požadavků na výplatu dalších peněz?

To, co předvádí komora a přidružení odboráři, není jenom odpudivé svou formou. Je to hlavně nelogické. Nechci říci hloupé. Ono to totiž není hloupé. Jsou okolnosti, kdy úmyslné kladení nesplnitelných požadavků a jejich stupňování je chytré. *Simply clever.* Opravují: vychytralé. Je to páka, bořící stroj, beranidlo, bul-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

dozer, jimiž lze ničit chabě opevněné pozice protivníka. Velmi účinné. Historický příklad: karlovarské požadavky Konráda Henleina. Podmínkou je dostatečné rozčilení mas, tzv. revoluční situace. (V. I. Lenin)

Masy, které uvěří ve splnitelnost nemožného, v realitu snů. *Crede, quia absurdum. Věřím, protože je to absurdní. (svatý otec Tertulian)*

V čem spočívá základní omyl komory? Její bossové od každého nového ministra naivně očekávají, že se stane jakýmsi ombudsmanem lékařů, jejich agentem a přímluvcem u trůnu nejvyššího. Jako byli kdysi v myslích prostého lidu svatí. *Svatý Jene z Nepomuku, drž nad námi svoji ruku.* Jenže on začne logicky fungovat, ó jaké překvapení, jako každý jiný člen vlády, který má na starosti funkčnost resortu s odpovědností vůči občanům, nikoli blahobyt všech lékařů s odpovědností vůči dr. Kubkovi a Engelovi. Poté jsou odboráři nutně znovu frustrováni, nesmyslné naděje se obracejí v nenávist k otci, jenž zklamal. *Freude, Freude, Freude, vždycky na tě dojde. (Vodňanský & Skoumal)*

Práh politické smrti

ČLK uvádí jako argument pokles podílu zdravotnictví na HDP. Pomiňme nyní ekonomy, kteří zpochybňují univerzální vypovídací hodnotu HDP, a podívejme se tomu na zoubek. Pokles probíhal už před funkčním obdobím této vlády. Ta se ujala funkce až po polovině roku 2010, a tak mnoho škod učinit nestihla. Meziroční pokles pro rok 2011 pak představuje 0,08 procentního bodu. Ne příjemné, ale na tragédii to nevyplývá. To hlavní, a sice výsledky roku 2012, tedy skutečně aktuální údaje, ještě neznáme. Co z toho lze vyvodit? Prakticky nic. Krom toho se kvalita zdravotnictví nepozná jednoduše podle výdajů jako takových, ale pouze podle těch racionálně utracených. Nelze ani vyloučit, že jde o úspory. To by nemuselo být negativum. Protože jednu věc by si salonní revolucionáři měli natlouci palicí do hlavy: Nalézáme se v situaci, kdy prakticky jediným zřídlem peněz budou jen a jen úspory. Nikdo nám nic ne-

dá, ažto nemá. Leda bychom si půjčili v Řecku.

Ještě je tu teoreticky další zdroj. Spoluúčasť pacienta je stále nízká. Přitom lidé ročně zaplatí miliardy za nesmyslná barevná plácba. Jejich funkční gramotnost na průhledně klamavou reklamu prostě nestačí a magické myšlení udělá zbytek. Nicméně schopnost a ochota platit tu je a měla by se využít k něčemu pozitivnímu. Aspoň dopřít ty zubní plomby. Bohužel, reálná průchodnost je nízká a rozčilení národa příliš velké. Zde leží strop sociálního smíru. Za ním je už jen politická smrt.

Průšvih nastane až letos. Pokles bude dokonce trojí: úhradová vyhláška, pro někoho i novela Seznamu výkonů a nakonec regulační srážky. I tak bude problémem, aby na to pojišťovny vybraly. Zdrojů ubývá. *A propos* regulace: Jde o starou bolest, již je systém poznamenán od samého počátku. Pacient má sice nárok, ale žádnou smlouvu s pojišťovnou. Tu má zdravotnické zařízení. Takže individuální nárok se realizuje hromadnou, dalo by se říci statistickou cestou. Regulace se nevypořádá u pacienta, ale u lékaře, čímž je nárok *de iure* zpochybněn *de facto*. Je to velká právní chytřistika a je v rozporu s poskytováním péče *lege artis*. Tím zpochybňují sám princip regulace, ale její způsob, adresu a zejména zákeřnou skrytost před zraky veřejnosti.

Druhou inherentní vadou systému, již ovšem tato vláda nevymyslela, je od roku 1993 diskutovaný absurdní průtok DPH zdravotnictvím, které podle daňové pseudologiky poskytuje služby samo sobě.

Takže co pro to můžeme udělat? Kde a jak ušetřit? Elementární poučka zní, že nejlépe se šetří tak, že se prachy nevyhazují z okna. A pokud, tak alespoň ne lopatou. Úplně jako doma. Jednoduché. Nenakupujeme věci a služby, jež nejsou nezbytné. Pokud se nepořídí, pacientovi nevznikne žádná újma. Běží o všechna ta nadbytečná, chaotická a divergující vyšetření, pomocná i konziliární, bez srozumitelného důvodu u jednoduchých standardních kauz běžného každodenního stonání pod heslem: „Eskalací vyšetřování a léčení až k sebestrukci“.



Martin Engel prodělává své bolestivé měsíčky v odborářském periodiku s povinným odběrem. Ministr Heger podle něj škodí této zemi a jejím zdravotnictví nejspíše vědomě a na objednávku. | Foto: Leoš Chodura

K tomu přistupuje další černá díra, a sice mohutná polypragmázie, zbraň hromadného ničení, ohrožující především seniory. Systém „co příznak, to recept“, žádné dlouhé kecý. Třeba antivertiginóza na stařeckou instabilitu, již senior chybně říká motání hlavy. Ale není čas se vybavovat. Co pacient prvně vysloví, to se bere *prima facie*. Z toho pak pramení plno nedorozumění, některá i dost riziková. Následují neefektivní „vazoaktiva“, pokud možno duplicitně, a jako třešnička na dortu nezbytná *Gingko biloba*. Počet užívaných léků utěšeně narůstá k dvojcifurním hodnotám, až zcela opustí oběžnou dráhu reality. A to si senior původně přišel jen pro ujištění, že pocit nedokonalé stability je

přirozeným dějem, který neznamená žádnou novou a ohrožující chorobu. Místo zubů však dostal piešťanské bahno. Nezřídko to končí deliriem, podle rodného čísla samozřejmě přiřčeným „*athero cerebri*“. Čemu také jinému, že? Klasika.

Abychom se teď necítili až tak špatně. Takhle se v nějaké míře blbne i jinde. Ovšem oni na to na rozdíl od nás mají. Zatím. Zkušenosti ze světa říkají, že léky jsou nejčastějším důvodem pro přijetí starších osob do nemocnice. Logika medicíny se tu zcela obrátí. Neléčíme, abychom ulevili, ale podáváme léky, abychom potě měli co léčit. Ach, Hippokrate, roztrhni si roucho, nasyj se popel na hlavu a zakryj si tvář. Tví následovníci to pěkně podělali.

Reelní podnik

Abych však nemluvil jenom obecně, neboť už Komenský učil: „Přednášiš-li o krávkě, přiveď ji.“ Velmi nedávno jsem narazil na dvě dokonale názorné kazuistiky:

Kauza 1: Starší osoba měla lokální, nikoli neuropatické bolesti v paži deformované dávnou afekcí. Utrpěla dezinterpretovanou MRI krční páteře, dále EEG (fakt, čestné pionýrské!), k tomu CT mozku, kde se „překvapivě“ našla jedna malá lakunka. Na tu dostává doživotně nesmyslný piracetam, neboť nikdo nesmí odejít z ordinace bez receptu. Mohl by si stěžovat, že nic nedostal. „Reelní podnik“ podle Jaroslava Haška. Doporučeny další kontroly včetně EEG (opulentní úhrada). Už bude chodit pořad. Paže bolí dál.

Kauza 2: Potíže s dolními končetinami, záhy vysvětlené jinak. V rámci diferenciální diagnózy pacient celkem logicky prodělává cévní vyšetření včetně sonografie. Nález je negativní. Výborně. Tečka. Tečka? Jako blesk z čistého nebe pacienta zasahuje nečekaná pointa: Buď nadále chodit na pravidelné kontroly. Kontroly ničeho. Věk: osmdesát prýč. Zkrátka každé rodné číslo dobré. Zejména v případě unikátního pojištění. Že je to mimo mísu? Nevadí, vždyť on to někdo zaplatí. A když ne, vždycky můžeme jít protestovat proti zločinné vládě, zlovolně a sadisticky likvidující naše obdivuhodné zdravotnictví. Unikátní zdravotnictví. Na celém širém světě. To se nám to hoduje, když to jiní platí. Tak nějak to říkal polní kurát Katz.

Tohle nejsou výjimky, jen výraznější reprezentanti zažitého standardu sloužící ilustraci myšlenky, jak by se dalo ušetřit a přitom racionální péči o nemocné nijak neomezit. Naopak. Prudce by stoupla kvalita péče. Má to však háček. Cirkulace pacientů by zpomalila své divoké víření a některé ambulance by se ukázaly jako nadbytečné. A jsme u jádra pudla. Neboť systém nekonečného rozesílání a kontrolování roztáčí sám sebe. Až na kraj propasti. A to je to místo, kde právě stojíme. Je tu pěkný výhled, což o to, leč kupředu ni krok.

A pak je tu ještě jedna velká skupina pacientů. Ti, o jejichž potížích se v anglosaském světě politicky korektně hovoří jako o *unexplained symptoms*. Proto je tak zásluhným činem, že kolegové Šavlík a Hnízdil po letech uspěli a psychosomatika se stává legitimním oborem medicíny. Narazili na prvního osvíceného ministra, který dal dobré věci zelenou. Podle zahraničních zkušeností takový přístup potřebuje nejméně třetina našich pacientů, doposavad iatrogenních obětí hyperprodukce neúčelné technologické „péče“ podle iracionálních, avšak hluboko zažraných algoritmů. Je to ohromující číslo a máme co dělat. Na tyhle pacienty totiž nepotřebujeme ani tak peníze jako čas.

Pod pokličku demagogie

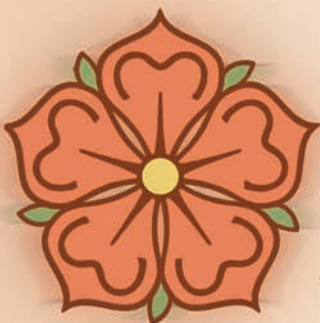
Prý si takové postupy nemocní vynucují. Není tomu tak. Většinu to otravuje. Jsou rádi, když jim někdo navrhne proškrtání medikace, která nezřídko vypa-

dá jako paleta šíleného abstraktního modernisty. Celou tu komedii *dell'arte* pohání směs dvou motivů ve fluktuujícím poměru: alibismu a komerční. Jak kdo, jak kde, jak kdy. Což se tak někdy nad takovou prací zastavit, zamyslet a položit si zásadní otázku: Co to prokrista děláme? Stojí naše racionalita vždy a všude alespoň o řád výše, než je tomu u léčitelů? K tomuto zastavení se mi jako ideální jeví 1. března.

No nic, protest v podobě jakési pseudostávky části lékařů je tu. Nebylo by teď správně říkat, že by se do takových věcí neměli zatahovat pacienti. Jako občané mají na zatažení právo. Týká se to především jich a měli by se zajímat. Seznámit se názorně a srozumitelně s podstatou problematiky. Nahlédnout pod pokličku demagogie. Vždyť to oni nakonec rozhodnou, protože jsou voliči, kdežto ministerstvo je pouhý zprostředkovatel jejich vůle. Čili namítat lze jedině způsob onoho zatahování, jeho účelovost a jednostrannost.

Takové věci se bohužel ve veřejném prostoru dějí, viz naposledy prezidentské volby. Je právě úkolem ministerstva, aby této odborářské propagandě čelilo odhalováním jejích slabých míst a dezinterpretací. Jinou věcí je, že to není pozice ani trochu snadná. Nicméně oba poslední reformní pokusy vyrazily na zteč pod praporem většího zapojení pacienta. Což je ovšem dvojsečné. Může ho použít každý, kdo má dost drzé čelo, hroší kůži a kachní žaludek. Tak dobrou chuť.

Inzerce A131002303



Dovolujeme si Vás pozvat na
Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu:
XVIII. andrologické sympóziium a I. feminologické sympóziium
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 partneři:



Partneři společnosti pro zdravotní vědy



Jedna z nás

Jana Jílková
Foto: archiv rodiny

„Někdy pacientkám pomůžu, když před sebou vidí člověka, který měl podobné problémy,“ říká **prof. MUDr. Zdenka Ulčová-Gallová, DrSc.**, jedna z čelných osobností imunologie reprodukce, gynekoložka, vysokoškolská učitelka, organizátorka odborných setkání, autorka populárně-naučných knížek, beletristka...

Už jako holčičce a pak jako gymnazistce vám kromě školy dobře šla i spousta dalších věcí, od cizích jazyků přes psaní povídek a zpívání až po hru na akordeon. Jak s těmito zájmy ladí rozhodnutí se pro studium medicíny - to přece chce také celého člověka?

Dělala jsem i přírodovědné olympiády... Víte, moje maminka byla silně sluchově postižená, byl to následek amerického bombardování Plzně za války. Vtěsnila ji

do skříně tlaková vlna, ohluchla a sluch se jí obnovil jen zčásti. Hodně nemocná byla i teta. V rodině však nebyl žádný lékař. Tak jsem se jako šestiletá rozhodla, že budu lékařkou, konkrétně paní doktorkou Vyhnalovou - to bývala u nás v Hořovicích dětská školní lékařka. Už na obecné škole jsme každý rok měli psát o svém budoucím povolání. Já měla jasno a vytrvale jsem to do těch slohů psala, včetně jména paní doktorky.

Tehdy jste napsala i první povídku, o hodném pošťákovi. To byla reakce na skutečný zážitek?

Ano. Bydleli jsme na periferii Hořovic, v bytovce. Dál už byla jenom pole, potok, rokle, v dálce se rýsoval obecní les. Ten pošťák nosil širokou pelerínu, pod ní měl velikou koženou brašnu a my děti jsme za ním běhávaly. Míval pro nás dětská psaníčka, obrázky. Jednou přišel do našeho vchodu a dostal infarkt, ze-

mřel na místě. Na mě to jako na dítě zapůsobilo tak, že jsem ten příběh ve svých deseti letech napsala. Vyšlo to pak v několika novinách. Dodnes píši v jednoduchém jazyce. Často to bývají psychologické povídky s otevřeným koncem, aby si závěr domyslel čtenář sám.

Po maturitě jste nešla do Prahy studovat pediatrii, místo toho jste zamířila do Plzně na všeobecné lékařství. Co vám

zkřížilo projekt „Doktorka Vyhnalová II“?

Bývala jsem hodně aktivní studentka se spoustou mimoškolních aktivit, ideálů, snů a přání, například jsem zpívala ve školním souboru, často sóla. Celoživotně mám hodně nápadů co dělat - a jdu do toho. Rodiče se asi báli, aby mě můj temperament nestáhl do víru velkoměsta, Plzeň se jim zdála určitě klidnější. Na plzeňské lékařské fakultě jsem měla štěstí na kantory, kte-

PŘEDSTAVUJEME

ří mě podporovali v realizaci odborných zájmů. Podílela jsem se na studentské odborné a vědecké činnosti na gynekologicko-porodnické klinice v Plzni, která byla zaměřená na výzkum snížené plodnosti párů. Tehdy, v těch krásných 22 letech, jsem si opravdu myslela, že ze mě bude gynekolog-porodník, operátér. Často jsem jako studentka držela při operacích „háky“ a brzy jsem se šivala kůži. Během studia jsem si také přivydělávala tlumočením, nejprve francouzštinu, pak jsem přibrala další jazyky. Mým vzorem byl Albert Schweitzer a jeho nemocnice v Lambaréné... Učila jsem se i arabsky, v jazykové škole v Praze, protože jsem žila myšlenkou, že odjedu do Afriky a určitě budu v nějaké zemi, kde se arabsky domluví.

Místo letu do Afriky jste ale po dokončení fakulty v roce 1980 dopadla na gynekologickou kliniku plzeňské lékařské fakulty. Jaké bylo přistání na zemi?

Zvláštní. Jako k medičce, která na kliniku docházela jen jako studentská vědecká síla, ke mně byli všichni kolegové a kolegyňe milí a zdvořilí a zdálo se, že si mě i váží. Najednou jsem ale nastoupila jako lékařka a navíc i aspirantka... Vztahy ke mně se obrátily o sto osmdesát stupňů, náhle ve mně kolegové a kolegyňe viděli konkurenci, případně kádrovou rezervu pro přednostu. To jsem pocítila velice brzy a velmi mě to trápilo, zároveň však i posílilo.

Pomohl vám tehdy někdo, abyste se na klinice necítila jako psanec?

Okolo pracovaly i lékařky, které byly hluboce věřící. Přesto jsme si rozuměly a já u nich nacházela nejen odbornou, ale i psychologickou oporu. Tu jsem našla také v bývalém přednostovi gynekologicko-porodnické kliniky, profesorovi Františkovi Macků. Ten měl snahu najít mi téma kandidátské práce. Bylo o placentárních těhotenských hormonech, zbylo po jednom lékaři, který emigroval. Pomohl také klinický imunolog, tehdy docent, později profesor Vladimír Zavázal. Našel separátku od Scraabeie a Mettlerové týkající se významu antigenů spermií pro sníženou plodnost a navrhl mi, abych jejich experimenty reprodukovala. Šlo o rozdělení povrchových rozpustných antigenů spermií pomocí chromatografických kolon. Celý protokol metodiky jsem opakovala celkem sedmkrát, než to vyšlo. Pamatuji si, jak jsem v laborato-

ře trávila celé soboty, neděle, Nový rok, Vánoce... Získala jsem ale postupně i další spolupracovníky, inženýra Jiřího Šafandu, inženýra Vladimíra Krauze... Nevzdala jsem to. Práci jsem pak rozšířila o detekci protilátek vůči spermiím – v lidských sekretech, ať už v ovulačním cervikálním hlenu, sérech, seminální plasmě, peritoneální a folikulární tekutině... Antigeny spermií byly hlavním tématem. Pak jsme rozšířili vyšetřování a určování dalších protilátkových aktivit. Navrhla jsem a později realizovala i novou léčebnou metodu lokální imunosuprese či lokální imunomodulace pomocí místně aplikovaného hydrokortisonu na ektocervix ženám, které měly vysoké hladiny protilátek vůči spermiím jenom v této oblasti.

Vyjela jste v té době na nějakou zahraniční stáž?

Vyjela, ale bylo to opravdu náhoda, která potkala připraveného, doslova a do písmene. Moje studie lokální imunosuprese (imunomodulace) byla přísně kontrolována ze strany SÚKL. Tam jsem narazila na opoňenský posudek jednoho lékaře, který v písemném sdělení navrhol další metodu, Cunninghamovu, kterou jsem tehdy neznala. Vydala jsem se tedy do laboratoře za doktorem Janem Krejčím (místní mu říkali Taylor), jehož první věta zněla: „Aha, vy jste mi přišla dát do huby!“ On měl snad sedm dětí a byl od rány, ale přímý, skvělý člověk. A já říkám: „Ale ne, pane doktore, já jsem se k vám přišla zoptat, jestli bych se u vás mohla naučit tu metodu.“

Pak jsme si povídali o antigenech, protilátkách, metodách... a on najednou vypálil: „A prosím vás, co vy tady děláte, v tom Československu? Proč nejste někde v zahraničí na stáži?“ To bylo v roce 1985, zakládala jsem v Plzni poradnu pro imunologii reprodukce a začínala léčit novou metodou. Vysvětlila jsem mu, že jsem se několikrát pokusila dostat na zahraniční stáž, ale prý jsem příliš mladá – a tak vyjíždějí šedesátníci. Doktor Krejčí se rozesmál a řekl mi, abych si ihned napsala svůj odborný životopis v angličtině a on že ho předá děkanovi lékařské fakulty v Aarhusu. Odtamtud pak přišla natolik adresná nabídka stáže, že jsem se do Dánska nakonec dostala.

Na Aarhuské univerzitě jsem měla velkou příležitost vědecky pracovat, převzala jsem různé testy užívané v reprodukční imunolo-

gii, které jsem potom v Československu modifikovala, když jsem se vrátila. Zaujila jsem se i do výzkumu týkajícího se zkrácené imunoreaktivivity *Mycoplasma hominis* a spermatozoidálních antigenů. Pracovala jsem současně na gynekologické klinice u profesora Brogaara a na imunologii u profesora Hjorta, tedy u opravdu skvělých lidí.

Pokračovala jste pak na gynekologicko-porodnické klinice v Plzni?

Ano. Působila jsem tam až do loňského listopadu, dohromady přes třicet let, a po celou tu dobu jsem kromě vědecké práce vlastní i se studenty a vedení poradny imunologie reprodukce také normálně sloužila jako gynekoložka, včetně služeb o sobotách a nedělích.

V 90. letech jsem poradnu rozšířila. Už u nás bylo opravdu hodně pacientek a pacientů prakticky z celé republiky. Přicházely takové ty „neřešitelné“, svým způsobem již selektované případy. Tehdy byla v Československu jen dvě centra pro *in vitro* fertilizaci, v Brně a v Praze, později vzniklo další v Olomouci. Párů bylo mnoho, přibývalo i hodně biologického materiálu, který jsme museli zpracovat. Tehdy bývaly velmi dlouhé čekací doby na IVF a každá metoda, která doplnila předcházející vyšetření, byla dobrá, aby očistila sníženou plodnost o příčiny, které lze odstranit. Imunologie reprodukce velmi pomáhala a stále pomáhá.

V roce 2000 jste ve fakultní nemocnici konečně pro imunologii reprodukce dostala vlastní laboratoře – čtyři místnosti v budově na Borech. Uvolnilo vám to prostor i k dalšímu výzkumu?

Ano a byla jsem velmi ráda, že jsem ty místnosti získala. Z prostředků četných výzkumných úkolů a grantů jsem je postupně vybavila špičkovými přístroji, abychom ke vši rutinní práci, které také přibývalo, mohli i dále vědecky pokračovat v reprodukční imunologii. Problematiku jsem cílila pouze na rozplozovací buňky tak, abychom mohli zjišťovat imunologický konflikt proti spermií, vajíčku, ale také časnému embryu.

Obecně říkám proti plodu, to je však opravdu značné zobecnění celého problému, protože teď mám na mysli třeba detekci, určování embryocytotoxických cytokinů v různých biologických materiálech nebo také širokou paletu antifosfolipido-

vych protilátek, které samozřejmě mají vztah nejen k vajíčku, spermií a časnému embryu, ale také například k trombocytům, komplementu a tak dále. Všechno souvisí se vším, imunologie reprodukce je vlastně dysbalance neuro-endokrino-imunitního systému.

Setkáváte se jako gynekoložka a imunoložka reprodukce „jenom“ s poruchami reprodukce?

Lékaři vědí, že reprodukční imunologie v Plzni má hluboké kořeny a že to děláme poutivě. Víme, která protilátková aktivita může vést k ještě další závažnější odchylce, k autoimunitnímu onemocnění, a v těchto případech spolupracujeme s klinickými imunology, revmatology a internisty. Pokud to podezření máme, automaticky pacientku pošleme dál. Najdeme-li velkou dysbalanci protilátkových aktivit, které u nás určujeme, následně se dělá celý imunologický profil. Ne obráceně, to by-

chom zbytečně zatěžovali zdravotní pojišťovny. Je to praktické a důležité a pojišťovny by si to měly uvědomit.

Kde vás pacienti najdou a jak se k vám vlastně dostanou?

Změnila jsem působišť. Od listopadu 2012 pracuji ve společnosti Genetika v Plzni-Černicích. Mám zde poradnu pro imunologii reprodukce i laboratoře pro reprodukční imunologii. Týmy genetických poraden i příslušných laboratořů tady pracují na vysoké odborné úrovni. Pro pár se sníženou plodností je výhodou spojení genetiky s reprodukční imunologií, vše je v jedné budově.

A jak se do poradny dostanou? Většina párů má doporučení od svých gynekologů nebo praktických lékařů, případně z IVF center. Někteří přicházejí bez doporučení.

Pár, který k vám přijde, za sebou nemá obsáhlé imunologické vyšetření, a přitom už absolvoval IVF?



Záleží na vás, zda máte sílu pacientům říci, aby si podali i žádost o adopci, třeba souběžně s IVF.

PŘEDSTAVUJEME

Nemá. Razím myšlenku, že pár by měl být před IVF kompletně vyšetřen podle zavedených rutinních postupů gynekologie. Měl by mít prakticky všechna vyšetření včetně spermioqramu. V oblasti IVF už je velká konkurence, centra se chovají tržně, některá i vůči gynekologům.

Jaký by měl být správný postup?

Po jednom neúspěšném oplodnění ve zkumavce by pár měl být vyšetřen geneticky a imunologicky ve smyslu reprodukční imunologie. V případě, že pacientka potratí podruhé, by měla výše uvedená vyšetření také podstoupit.

Jak se ve vaší velmi významné, ale zároveň i velmi specifické problematice orientují lékaři ostatních oborů? A jak se „chytá“ laická veřejnost?

Hoďte publikuji doma i v zahraničí, a to nejen v rámci klinické i laboratorní praxe. Vyšly mi například knihy „Neplodnost – útok imunity“ nebo „Diagnóza neplodnosti – útok protilátek“. To jsou publikace nejen pro „zvědavé laiky“. Snažím se, aby i lékaři, kteří se nezabývají přímo tímto tématem, studenti medicíny nebo zdravotnických škol, pokud „naufknou“ imunologii reprodukce, měli možnost nastudovat kapitolu, kterou potřebují. Přednáším tuto problematiku a snažím se zaujmout nejen praktické gynekology, jezdím i na různá imunologická sezení,

konference o antifosfolipidových protilátkách, reprodukční imunologii, lidské reprodukci... Sama jsem pořádala tři kongresy s mezinárodní účastí, každý rok vedu sympozia sekce reprodukční imunologie při České imunologické společnosti ČLS JEP. Ta jsme mívali ve Žďáru nad Sázavou, už jich proběhlo celkem devatenáct.

Ve Žďáru nad Sázavou? Ve vši úctě – proč právě tam?

To je taková zajímavá historie. Ze Žďáru nad Sázavou pochází pan doktor Radslav Kinský z Pasteurova ústavu, kterého jsem poznala v roce 1982, na světovém kongresu reprodukční imunologie. Měl přednášku o preeklampsii na animálním modelu, já o protilátkách vůči spermii u lidí. Na kongresu držel s Čechy pohromadě, zpíval s námi české a slovenské písničky, s Maďary maďarské, s Poláky polské, s Rusy ruské, s Němci německé, s Američany anglické...

A pak přišel rok 1992, mezinárodní kongres slizniční imunity konaný v Praze. Doktor Kinský nám, reprodukčním imunologům, přišel oznámit, že od prezidenta Havla dostal zpátky zámeček ve Žďáru nad Sázavou. A když mu byly vráceny jeho majetky, že prý tedy celý svůj další odborný život bude podporovat českou reprodukční imunologii. Dodržel to. Proto jsme do Žďáru jezdili každý rok a rádi. Bohužel už však zemřel.

Těší vás vyučovat studenty medicíny?

Ano. Ráda pracuji s mediky, přednáším imunologii reprodukce ve 3. ročníku a v 5. ročníku mám speciální seminář na toto téma. Snažím se vybírat z posluchačů vnímavé studenty a ty potom vést ve studentské odborné činnosti. Mám malý úvazek na LF UK, protože jsem v řadě komisí, například v grantové agentuře UK, v komisi pro udělování doktorátů věd na Akademii věd ČR, v redakčních radách čtyř časopisů...

Říká se, že slovem lze zabít. Jde o i naopak? Jak je to s psychologickou podporou z vaší strany?

Některé páry se domnívají, že jejich problém určitě vyřešíte... Přicházejí i lidé, kteří mají řadu základních onemocnění, přesto jsou po desátém či dvanáctém IVF. V naději, že se to podaří, prodají auto nebo i dům nebo si vezmou hypotéku, aby měli na zaplacení nákladů na další cyklus. Jestliže se nezdařilo, utekl i jejich věk k adopci a pár zůstal bez majetku. S takovým „udržováním naděje“ nesouhlasím.

Když vám poctiví lékaři pošlou pár a myslí to upřímně, pošlou vám i výpis z dokumentace. Obsahuje hormonální profil, výsledky vyšetření štítné žlázy, laparoskopický nálezi i jak dopadla IVF. Rovněž na produktivité vajíček se pozná, zda je ovarium vyčerpané... Pak záleží na vás, zda máte sílu těm lidem říct, aby si podali současně i žádost o adopci, třeba souběžně s IVF. Někdy se rozpláčou a řeknou, že s tím oni nikdy souhlasit nebudou. Někdy odpoví, že ano nebo že se tedy naprosto k něčemu jinému, budou chovat vličky...

Jednomu páru jsem sdělila aktuální imunologickou situaci, podle níž by byl těhotenství zážrak. Ti lidé šli za kořenářkou a mají dvě děti. Teď posílají do světa zvěst, že jsem špatná lékařka. Někdy potřebujete lidem sdělit něco, aby se navztekali a už na svůj problém nemysleli, a ono to pak jde najednou samo. Právě jsem tu měla jednu pacientku, která každé měsíčky oplakala, už se i přestala stýkat s kamarádkami, jež mají děti. To je přece hloupost. Ale velmi těžko se odpovídá na otázku, proč já ne... Někdy používám jako příklad sama sebe, i když jako lékařka bych to laikům říkat neměla.

Už jste na to narazila... Co se stalo?

U prvního synka jsem měla vcest-



né lůžko a masivně krvácela. Ve 31. týdnu jsem prodělala císařský řez. Dítě mi zemřelo. Mělo 1450 gramů. Cestou domů z porodnice jsem potkala metařku, takovou tu paní v oranžové vestě. Tři roky před tím jsem dělala císařský řez jí. Zavolala na mě, abych se na Andulku koukla, jak jezdí na tříkolce. Já se na Andulku dívala a ptala se sama sebe, jak je to všechno možné...

Při druhém dítěti jsem dostala jako zcela nečekanou komplikaci poruchu srážlivosti krve a při další sekci jsem ztratila obrovské množství krve, nedařilo se zastavit krvácení. Bylo nutné udělat hysterektomii. Můj manžel i já jsme pak byli velmi šťastní, že druhé dítě i já jsme přežili... Někdy pacientkám pomůžu, když před sebou vidí člověka, který měl podobné problémy.

Kmotrou vaší nejnovější prozaické knížky „Nedosáhneme na nebe“ je Alice Nellis. Vy jste spoluautorkou scénáře jejího filmu „Mamas a papas“. Jak jste se našly?

Alice Nellis mě oslovila, když připravovala scénář. Některé epizody jsou z mé vlastní praxe. Scházely jsme se opakovaně a doplňovaly scénář o mé, ale i o její vlastní zkušenosti. I ona je jedna z nás. Má velmi hlubo-

ký psychologický pohled a je výborná režisérka, scenáristka, člověk. Herci neměli přesný scénář s replikami, Alice je jen stavěla do situací, třeba „chci“ nebo naopak „nechci“ to dítě, tak si to přála a herci to úžasně zvládali. S Alicí jsme se spřátelily, viděla ve mně i možnost pomoci. Bylo jí v té době skoro čtyřicet a měla už adoptované dvě děti. V dubnu byla na křtu knihy a říkala, že se cítí divně. Její těhotenství prostě vyšlo samo.

Co vám kromě práce ještě dělá radost?

Toho je hodně. Můj syn, manžel, naše rodina, přátelé. I naši psi. Dobré plzeňské pivo, čokoláda... Samozřejmě že mi dělá radost, když mi pak lidé, kteří u nás byli vyšetřováni a léčili se, napíší, že se to podařilo, a pošlou fotografii potomka. Nebo nepodařilo, pak bojujeme dál. Já si strašně vážím rodiny, zázemí. Radost mi dělá dobrý kolektiv. Uznání práce. Ne že by vám někdo musel mazat med kolem pusy, stačí třeba jen říct „jsi dobrá“.

Umí si to lidé říkat? Neumí.

Máte nějaké osobní krédo?

Ano. Mé krédo je „úctou k člověčenství“.

prof. MUDr. Zdenka Ulčová-Gallová, DrSc.

* 12. března 1954 v Plzni

Absolventka LF UK v Plzni (1980). Celá její profesní dráha byla až do loňského roku spjata s Gynekologicko-porodnickou klinikou LF UK a FN Plzeň. Od roku 1985 zde vedla specializovanou poradnu pro imunologii reprodukce. Atestace složila z gynekologie a porodnictví a klinické imunologie a alergologie. Po interní aspirantuře (obhajoba kandidátské práce 1983) se v roce 1991 stala nejmladším doktorem věd v oboru gynekologie a porodnictví (téma „Imunologické příčiny neplodnosti“). Habilitovala v roce 2001, profesorkou byla jmenována v roce 2007. Od roku 2011 pracuje ve společnosti Genetika, s. r. o. Vedoucí řešitelka řady výzkumných úkolů, v posledních letech například „Význam Annexinu V u párů s poruchou plodnosti“ (návrh na Cenu ministra zdravotnictví), „Potrácení, příčina u mat-

ky imunologická, genetická, hematologická“, „Buňky, protilátky a antigeny pohlavních buněk zodpovědné za snížení plodnosti“. Spoluřešitelka řady mezinárodních studií. V roce 1996 převzala ocenění za výsledky v české reprodukční imunologii (Univerzita v Nishimonii a Kyotu), v roce 1997 Cenu spolku lékařů v Plzni („Hyperstimulační syndrom“) a Pawlikovu cenu, v roce 1999 byla oceněna za nejlepší publikovanou práci v zahraničí („The influence of different types of antibodies on in vitro fertilization results“), v roce 2006 jí byla udělena medaile a diplom Kirila Bratanova (za imunologii reprodukce) na Bulharské akademii věd, v roce 2010 ocenění „Plzeňská ikona“.

Je vdaná, její manžel je farmakolog a mají spolu jednoho syna, rovněž lékaře.

Nebojte se a svezte se!

V poslední době v západních zemích zažívá obrovský boom jízda na koloběžkách. Už dávno neplatí, že koloběžka patří pouze dětem. Jízda na ní přináší radost z pohybu všem věkovým kategoriím, včetně aktivních seniorů.

Jízda na koloběžce je pohyb velmi vhodný k posílení a tvarování svalů dolních končetin, zpevnění hýžďových, bočních zádočných a břišních svalů. Také ji lze efektivně využít při aktivním snižování nadváhy. Navíc koloběžka může účinně pomoci od bolesti zad.

Adrenalin a spálené kalorie

Jízda na koloběžce představuje minimální zátěž pro klouby a páteř a zároveň jde o pohybovou aktivitu, při níž spálíme značné množství kalorií. Ze studie zpracované Mezinárodní koloběžkovou asociací (International Kicksled and Scooter Association, IKSA) vyplývá, že při pohybu na koloběžce vydáme o 30% více energie než jízdu na kole. Při srovnání jízdy na koloběžce s rychlou chůzí je výsledek ještě výraznější - chodec spálí oproti jezdcovi na koloběžce necelých 50% energie. Zároveň dochází k formování „problematičtých“ partií stehna, hýždí, boků a pasu, což oceňují zvláště příslušníci něžného pohlaví.

Bolesti a zatuhlost zádočného svalstva nejsou problémem jen starší generace. Bolesti zad, zvláště v bederní oblasti, trápí celou populaci. Je to daň za sedavý způsob života a celkově málo pohybu. A právě jízda na koloběžce se může stát vhodným kompenzačním cvičením, které od bolesti zad pomůže. Jízdu je výrazně posilováno boční zádočné a břišní svalstvo, které se jinak zpevňuje jen velmi obtížně. Dochází k celkové stabilizaci kyčlí a trupu, kte-

rá hraje zásadní roli v prevenci potíží s páteří. Navíc se efekt může pozitivně projevit i na kondici kloubů dolních končetin.

Seriózní sport

Princip správného pohybu na koloběžce spočívá v dynamickém odrazu z odrazové nohy a současně v prudkém posunu paží a ramen směrem vpřed. Důsledkem toho dochází k mírnému posunu trupu dozadu a celkovému snížení postoje do předklonu. Tím je docíleno lepší aerodynamiky. Po ukončení odrazu se tělo narovná zpět do vzpřímené polohy a dojde k uvolnění svalových zádočných svalů a břišních partií.

Máte-li rádi nevhodnější zážitky a současně se potřebujete cítit bezpečně, je koloběžka tou správnou volbou. Obavy odložte stranou a zkuste ji. Po celé České republice jsou pořádány prezentační akce, kde si koloběžku můžete půjčit a jízdu na ní si vyzkoušet. Jízda na koloběžce je seriózním sportem, ve kterém se dokonce pořádají i sportovní soutěže. A nemyslete si, že jde o pomalý pohyb, pro sport nevhodný. Vyvinout na koloběžce rychlost přesahující 40 km v hodině není žádný problém.

I pro seniory a handicapované

Koloběžka je hojně využívána také osobami se sníženou pohyblivostí. Řeč je o speciální koloběžce RE-HA. Tato koloběžka je velmi oblíbená například mezi lidmi trpícími Parkinsonovou chorobou nebo s částečnou či celkovou

endoprotézou kloubů a končetin. Koloběžku dokonce využívají i nevidomí. V těchto případech slouží jako odrazedlo. Jezdec sedí na speciálním sedle a zcela napnuté končetiny mu zajišťují správnou rovnováhu. Je to jen otázka zvláštního nadání, pevné vůle nebo vnitřního pocitu.

Jízdu na koloběžce zvládnou bez problému i starší lidé s tělesným omezením. Každý chce totiž vypadat normálně a zdravě - a právě tento pocit koloběžka dává. Lidé jsou rádi, že mohou na chvíli odložit své berle nebo vozíček a cítit se svobodně. Lze bez obalu říci, že RE-HA koloběžka je jedinečným prostředkem každodenního života.

Jak vybrat tu pravou

Pokud zvažujete koupi koloběžky, nevybírejte mezi těmi nejlevnějšími. Mezi nejkvalitnější koloběžky lze řadit výrobky největší tuzemské firmy KOSTKA - kolobka. Více než 15 let se tento český výrobce specializuje právě na výrobu koloběžek. Ta je plně automatizovaná a využívá moderní laserové a 3D technologie. Disponuje vlastním konstrukčním a vývojovým týmem, kde jsou vyvíjeny modely pro děti a dospělé, pro závodníky i speciální modely pro turistiku nebo do městského provozu.

Koloběžky jsou osazeny špičkovými komponenty, díky nimž jsou bezpečné i ve vysokých rychlostech a současně zaručují dokonalé jízdní pohodlí. Poslední dobou se velmi oblíbenými staly speciální koloběžky pro pejskaře a spor-



ovní mushery. Jde o koloběžky tažené psím spřežením vybavené kotoučovými brzdami a odpruženou vidlicí.

Lehké stroje s dobrým poměrem cena/výkon nabízí společnost K-bike, která v jejich konstrukci zárukuje mnohaleté zkušenosti. V kategorii „malých“ koloběžek je nabídka firmy omezená. Nabízí pouze tři typy, z toho dva mají kola 12 + 12 palců, jeden 16 + 12“. Velmi omezená je škála barev (pouze černá).

Mezi menší české výrobce patří Rožnovská firma Mibo. Společnost nabízí od 12“ modelů až po závodní 28“ koloběžku, s možnos-

tí výběru komponent, doplňků i barev. Tyto koloběžky mají poměrně těžkou konstrukci - bytelné rámy s těžkou zadní částí. Jde spíše o modely dražší.

Vella je minoritní český výrobce, který nabízí modely s 2x 20“ koly, z nichž model Speedboard využívá pružné dřevěné stupátko, jehož kratší životnost snižuje užitnou hodnotu celé koloběžky. Výrobky se pohybují v relativně vyšší cenové hladině.

Mezi největší dovozce patří například Yedoo, který disponuje největším podílem na hypermarketových prodejkách.

(akt)

Inzerce A131002750

TOUR

HILL DOG

UNI

KOSTKA - kolobka, s.r.o. | info@kolobka.cz | www.kostka-kolobka.eu | +420 583 231 025

*Sleva při nákupu koloběžky platná do 15. 2013 po předložení vystřiženého inzerátu.
Slevu je možné uplatnit výhradně u společnosti KOSTKA - kolobka s.r.o.*

Bašár Asad – tragická oběť osudu

Momentům, které mají moc změnit lidské životy a posunout běh dějin, se říká osudové okamžiky. Jeden takový v lednu 1991 obrátil naruby dosavadní životní dráhu **očního lékaře Bašára Asada** a nenávratně přepsal historii Sýrie, jeho vlasti. V důsledku jediné nešťastné vteřiny se tichý oftalmolog vyvinul v nenáviděného despota, jehož rozkazy již zahubily desetitisíce Syřanů.

Bašár Asad se narodil roku 1965 jako třetí dítě Háfize Asada, syrského prezidenta, který ve své zemi bezmála třicet let udržoval tyranský vojenský režim. Ve srovnání se svými sourozenci byl Bašár tichý a rezervovaný. Jestliže o pět let starší sestra Búšra, o tři roky starší bratr Basil i mladší bratři Máhir a Madžíd patřili k dynamickým, dominantním a společensky obratným dětem, neprůrazný a ze všech prezidentových potomků nejvíce sečtělý Bašár exceloval hlavně na akademické půdě. Základní a střední vzdělání získal na elitní francouzsko-arabské škole al-Hurrijet v Damašku, kde absolvoval s výborným prospěchem roku 1982.

Naplnění dynastického vzorce

O politiku se Bašár nikdy nezajímal. Když se prezident Háfiz Asad rozhlížel mezi svými dětmi po nástupci, který by časem z otcových rukou převzal vládu a upevnil mocenské postavení rodiny, volba automaticky padla na nejstaršího syna Basila. Pro tuto volbu hovořila nejen primogenitura; Basil se živě zajímal o politické dění a měl osobnostní rysy potenciálního vůdce.

Fakt, že jako „korunní princ“ byl vybrán Basil, Bašárovi umožnil, aby si svobodně zvolil životní dráhu. Rozhodl se pro povolání lékaře. Naplnil tím někdejší sen svého otce, jemuž ve studiu medicíny v mládí zabránila chudoba, a také projevil respekt k tradičnímu dynastickému vzorci uplatňovanému ve vlivných semitských rodinách při volbě povolání. Podle tohoto modelu nejstarší syn převezme rodinný byznys (a to i v případě, že se jedná o prezidentský post), druhý syn se stane lékařem či právníkem a třetí získá významnou pozici ve státních službách (Máhir obdržel funkci v armádě), zatímco čtvrtý bývá problematický (o Madžídovi se říkalo, že trpěl psychickou chorobou a měl problémy s drogami).

Ve většině arabských zemí je zvykem posílat děti z elitních rodin studovat mimo region. Pro Sýrii je však charakteristické, že elit-



Foto: emada.com

ní mládež absolvovala úvodní fázi vysokoškolského studia na místních univerzitách a teprve k postgraduálnímu vzdělávání vycestuje do světa. Tímto postupem se řídil také Bašár Asad. Lékařskou fakultu navštěvoval na univerzitě v Damašku, specializoval se na oftalmologii a roku 1988 úspěšně odpromoval. A protože ani prezidentský syn nebyl zbaven povinnosti vykonat základní vojenskou službu, nastoupil jako lékař v největší syrské armádní nemocnici Tišrín na předměstí Damašku. Teprve čtyři roky po promoci se přihlásil k postgraduálnímu studiu. Místem jeho vzdělávání se stala proslulá londýnská nemocnice se specializací na oční lékařství Western Eye Hospital. O politiku nadále nejevil zájem. Jestliže se ve volném čase něčemu věnoval, byly to spíše sporty jako windsurfing či volejbal.

Smrt zlatého rytíře

Zatímco Bašár v Londýně pokračoval ve studiu, jeho bratr Basil, ač dosud oficiálně nejmenovaný otcovým následníkem, se připravoval na budoucí prezidentské působení. Záhy po civilním studiu strojního inženýrství si začal budovat kariéru v armádě. Navštěvoval sovětské vojenské akademie, často se při oficiálních příležitostech ukazoval v uniformě. Háfiz Asad začal být označován jako Abu Basil (Otec Basila).

Basilovi samému se přezdívalo „Zlatý rytíř“, nejspíš pro jeho zálibu v jezdectví a úspěchy, jichž

od roku 1987 dosahoval v jezdeckých turnajích. Druhým koníčkem prezidentského následníka byla rychlá auta. A právě toto hobby zapříčinilo, že Basil otcův úřad nikdy nepřevzal. Když se 21. ledna 1994 brzy ráno řítil po dálnici k damašskému mezinárodnímu letišti, v mlze přehlédl výjezd a jeho luxusní mercedes ve vysoké rychlosti narazil do svodidel. Letadlo do Německa, kvůli němuž tolik spěchal, už nikdy nechytil. Neměl zapnutý bezpečnostní pás a na místě zemřel.

Po smrti „korunního prince“ se na znamení smutku na tři dny zavřely obchody, školy a veřejná místa po celé Sýrii. Basil byl pasován na mučedníka a pohřben ve velkém mauzoleu ve vesnici Qardaha, rodišti svého otce. Zprávu o bratrově smrti dostal do svého přechodného britského bydliště také Bašár Asad. Když odjížděl na pohřeb, nejspíš již tušil, že se zpět do Londýna k lékařskému studiu nevrátí.

Čerstvý vítr modernizace

Basilova náhlá smrt znamenala nevratný zlom v Bašárově kariéře. V zájmu rodiny musel jako druhorozený zaujmout bratrovo místo a začít se připravovat na převzetí moci. Základním předpokladem úspěchu byla silná pozice v armádě, neboť jeho otec byl současně velitelem armády a vzdušných sil. Bašár se tedy zapsal na vojenskou akademii v Homsu severně od Damašku. Ač z armády odcházel roku 1992 jako

lékař v hodnosti kapitána, nyní vojenskou hierarchií postupoval tak rychle, že v lednu 1999 byl povýšen již na plukovníka.

Vedle vojenské kariéry si paralelně budoval pozici ve veřejných záležitostech. Stal se otcovým politickým poradcem, vedl kancelář zabývající se stížnostmi občanů a zahájil rozsáhlou kampaň proti korupci, která mu umožnila selektivně nahradit některé úředníky na vysokých postech vlastními loajálními lidmi a zbavit se potenciálních rivalů v boji o prezidentské křeslo.

Po bratrovi převzal vedení Syrské vědecké společnosti pro moderní informační technologie. Na rozdíl od Basila však nebyl jen formální hlavou společnosti. Aktivně se podílel na zavádění mobilních telefonů a internetu, což mu získalo velkou oblibu mezi mladou generací obchodníků, kteří nové technologie podporovali, a ostrou kritiku starších vrstev, jež internet považovaly za nástroj izraelské propagandy. Bašárovo nasazení svědčilo o tom, že v případě modernizace Sýrie nejde jen o chladně vykalkulovaný krok prezidentského nástupce, nýbrž i o jeho osobní zájem.

Nadějně vyhlídky

Jak se lékař Bašár vyrovnal s náhlým zvratem ve svém osudu? Jeho vlašná a nepřesvědčivá veřejná vystoupení zpočátku naznačovala, že novou roli přijal jen s nevolí. Teprve koncem 90. let se začalo zdát, že překročil psychologický rubikon, se svou prezidentskou budoucností se vnitřně smířil a přijal ji.

Další rána postihla vládnoucí rodinu 10. června 2000. Aniž zcela dokončil přípravu syna na prezidentský úřad, Háfiz Asad náhle podlehl dlouhodobým srdečním problémům. Zemřel během telefonického rozhovoru s libanonským prezidentem Emilem Lahúdem na srdeční selhání. Bašár byl hned den nato povýšen na generála a stal se vrchním velitelem armády. Bylo mu teprve 34 let, syrský parlament však neprodleně odhlasoval změnu ústavy, která snížila minimální věkovou hranici pro prezidentskou kandidaturu. O pár dní později Bašár

Asad získal podporu 97,2% voličů a zaujal někdejší mocenský post svého otce. Jako otcův nástupce byl rovněž zvolen regionálním tajemníkem arabského socialistického strany Baas.

Naděje vkládané národem do mladého politika, který se více než kdokoli z dosavadních státních představitelů seznámil se západním způsobem života a měl osobní zájem na modernizaci arabského státu, byly nesmírné. Objevily se dokonce spekulace, zda Basilovi, od něhož se do budoucna očekávala spíše nápodoba otcova autokratického politického stylu, nebylo k autonehodě kýmsi záměrně pomoci, aby se vlády mohl ujmout právě jeho vzdělaný a prozápadně orientovaný mladší bratr Bašár. Žádná z konspiračních teorií se však nikdy nepotvrdila a proti nim hovoří i fakt, že řidič, který měl Basilův luxusní mercedes odvézt z letiště zpět a v okamžiku havárie seděl na zadním sedadle, vyvázl nezraněn.

Na cestě od totality k demokracii

Nový prezident Bašár již v inaugurační řeči sám podpořil očekávání, která do něho vkládali Syřané. Nejprve zakázal nadměrnou glorifikaci svého otce ve státních médiích a odmítl budovat vlastní kult osobnosti tím, že nechal odstranit obří plakáty se svou podobiznou z veřejných prostranství. Přislíbil rozsáhlé ekonomické reformy, především vytvoření podmínek pro vznik privátního sektoru, a neefektivní administrativu označil za překážku v růstu syrské ekonomiky.

Také první reálné kroky v prezidentské funkci naznačovaly, že syn nebude kráčet v otcových stopách. Už za týden po volbách nechal na státních syrských univerzitách zříditi oddělení moderních technologií. O pár dnů později přijal návrhy na demokratizaci Národní fronty a strany Baas, politického uskupení, které ve státě zastávalo „vedoucí úlohu“ na obdobném principu jako KSČ v někdejším Československu. V listopadu téhož roku amnestoval 600 z 1500 politických vězňů a poprvé tak veřejně přiznal, že v Sýrii političtí vězni vůbec existují. Uvolněnou věznicí al-Mezzech nechal přeměnit na nemocnici. Následovalo povolení ostatním politickým stranám přijímat členy a vydávat periodika, zřízení soukromých bank, zavedení institu-

tu svobodných voleb do personální hierarchie strany Baas... Bašár Asad se jevil po bezmála třiceti letech režimu svého otce jako osvícený vládce, který dovede zemi k demokracii.

Do nejužšího kruhu Bašárových poradců patřila také manželka Asma, kterou potkal během svého londýnského pobytu. Oženil se s ní i proti vůli své matky v tajném obřadu na Nový rok 2001. Asma byla dcerou světově uznávaného kardiologa syrského původu dr. Fawaze Akhrase. Asma nejen že neměla alawitský původ, na němž si Asadova rodina zakládala, ale její otec dokonce pocházel z prominentní sunitské rodiny z Homsu a opustil Sýrii kvůli útlaku za vlády Háfize Asada. Asma, která měla britské občanství, absolvovala prestižní anglické školy a získala prvotřídní vzdělání, jež později zúročila jako investiční bankéřka v Deutsche bank. Do okruhu Bašárových poradců vnesla vynikající znalost globální ekonomiky.

Setrvačnost a rezistence starých struktur

Mladý prezident se pokoušel změnit tvář Sýrie přibližně dva roky. Zdědil však zemi s tragicky narušenou ekonomikou a systém,

v němž byl mocenský aparát prostřený s armádou i tajnými službami a na všech úrovních prosycený korupcí. Setrvačnost a rezistence starých funkcionářských struktur státního aparátu vedla k tomu, že přijatá prodemokratická opatření měla jen kosmetický charakter a neprojevila se strukturálními změnami ekonomického systému. „Na povrchu se dnešní Sýrie zdá být mladší, živější a výkonnější než před pár lety za Háfize Asada,“ napsal komentátor Yahoo News, „jsou tu mobilní telefony, satelitní televize, trendové restaurace... v zemi se otevřel první supermarket. Avšak pod povrchem systém zůstává zkorumpovaný a zchátralý, neschopný změny, které by mohly Sýrii a jejich 17 milionů obyvatel popohnat do 21. století.“

Zvyšující se tlak příznivců reformy pak u prezidenta vyvolal nechuť k dalším změnám. Už v dubnu 2001 prohlásil, že představitel syrské inteligence, kteří podepsali prodemokratickou výzvu „Prohlášení 1000“, jsou placeními agenty americké tajné služby. Signatáři prohlášení žádali hlubší reformy země a zrušení výjimečného stavu, který od svého vyhlášení v roce 1963 neprestal platit.

Ve stopách otce

Veřejná prohlášení prezidenta Asada pak postupně ztrácela na údernosti. „Nikdy jsme neřekli, že jsme demokratická země, ale nejsme stejní jako dřív,“ vysvětlil v rozhovoru pro americkou televizní stanicí ABC, „pohybujeme se kupředu, směrem k reformám... zabere to dlouhý čas, než se z nás stane dozrálá demokratická země, ale pohybujeme se tím směrem.“

Postupně však začal od svých reformních snah upouštět. Zaváděl „bezpečnostní“ opatření proti svým odpůrcům a také budoval dříve odmítaný kult své osoby. Snad i díky němu byl roku 2007, opět bez protikandidátů, znovu s absolutní voličskou podporou zvolen. V politické oblasti už Bašár Asad v této době rezignoval na zásadní přeměnu země, již vládl, a uchýlil se k metodám svého otce. Například v dříve prosazované oblasti moderních technologií v roce 2007 uvalil na internetové kavárny povinnost zaznamenávat všechny komentáře účastníků na chatech a v letech 2008 až 2011 průběžně nechával zablokovat weby Wikipedia Arabic, YouTube, Facebook a podobné. Průmysl zůstal pod silnou kontrolou státu, mezinárodní organizace pro lidská práva začaly publikovat zprávy o rutinním mučení, věznění a zabíjení politických oponentů v Sýrii. Bašár Asad nedokázal ani zrušit výjimečný stav.

Aby Bašár a Asma Asadovi ve vztahu k veřejnosti zlepšili svůj obraz, když na ně kvůli rezignaci prezidenta na skutečné reformy a přijetí vládcovské glorioly svět přestával nahlížet jako na prozápadní pár, najali západní agentury a konzultanty v oblasti public relations a na jejich radu vyslali do světa série fotografií Asmy, které se objevily zejména v magazínech o módě a celebritách. Celkový dopad však byl minimální.



Foto: ibtimes.com

Smutná bilance perspektivního lékaře

V lednu 2011 se prezidentovi odpůrci inspirovali protivládními demonstracemi, které během „arabského jara“ přivedly demokratické změny v některých dalších zemích severní Afriky a Blízkého východu. Vedle Tunisánů, Egypťanů, Libyjců, Alžíránů, Jemenců či Bahrajnců začali také Sýřané hlasitě volat po politických reformách a hlásit se o svá lidská práva.

„Nezabíjíme své lidi,“ prohlásil prezident do médií na začátku nepokojů, „žádná vláda na světě nezabíjí vlastní lidi, leda by ji vedl blázen.“ Přesto režim Bašára Asada, do něhož byly kdykoli vkládány takové naděje reformní části společnosti, proti protestujícím davům použil násilí, takže už v prvních týdnech měla vládní vojska na kontě na 5 tisíc mrtvých příslušníků opozice. Narůstající brutalita zásahů, které postihovaly i starce, ženy a děti, zničila poslední zbytky

představ, že dr. Bašár Asad vůbec kdy bude reformátorem. Po obzvláště krvavém útoku na město Homs v květnu 2011 přední světové velmoci vyhlásily proti Bašáru Asadovi sankce, které zahrnovaly také zákaz cestování a zmrazení majetku, který jeho rodina v těchto státech uložila. Některá opatření, po nichž opozice léta volala, se sice od té doby na papíře objevila, ale byla příliš nevýznamná a přišla pozdě. Nepokoje trvající dlnes a přerostly v občanskou válku, která podle statistik Mezinárodního červeného kříže stála život už více než padesát tisíc lidí. Tato válka je nyní vedena za to, aby z funkce odstoupil muž, který kdysi přísahal, že bude zachraňovat lidské životy. Pro Bašára Asada, který dnes mohl být uznávaným odborníkem přes oční lékařství, ale především pro všechny zabitě a raněné v občanské válce je to velmi smutná bilance.

Martina Řehořová



Foto: salon.com

Inzerce A131000930

Využijte bohatství českých lázní

VYHRAJTE WELLNESS POBYT pro 2 osoby na www.lecebnelazne.cz

Sledujte nás na



Pomáhejte svým pacientům tradiční léčbou s dlouhodobým účinkem

Elektronický návrh na lázeňskou péči najdete spolu s ostatními potřebnými informacemi na www.lecebnelazne.cz

INTEGROVANÝ OPERAČNÍ PROGRAM

EVROPSKÁ UNIE EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ ŠANCE PRO VÁS ROZVOJ

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR

SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Kampaň na propagaci léčebného lázeňství je realizována v rámci Integrovaného operačního programu financovaného Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

NEKROLOGY

Zemřel profesor Jan Lukl

Po krátké těžké nemoci zemřel 10. února 2013 ve věku 68 let významný český kardiolog, internista a dlouholetý přednosta I. interní kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Jan Lukl, CSc.

Jan Lukl se narodil 6. července 1944 v rodině slavného otce, světově renomovaného kardiologa prof. MUDr. Pavla Lukla, který byl rovněž řadu let přednostou I. interní kliniky FN Olomouc a jako dosud jediný český kardiolog zastával významnou funkci předsedy Evropské kardiologické společnosti v letech 1968–1970. Otec Pavla a dědeček Jana byl zase známý pražský porodník. Jan Lukl promoval na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v roce 1970. Složil dvě atestace z vnitřního lékařství a v roce 1980 také atestaci z kardiologie. O deset let později se stal docentem vnitřní

ho lékařství a v roce 1997 byl v tomto oboru jmenován profesorem.

Z politických důvodů (jeho otec nesouhlasil se sovětskou okupací a musel v roce 1969 jako řada jiných vysokoškolských pedagogů z univerzity i kliniky odejít, tudíž komunistická perzekuce dopadla i na rodinné příslušníky) byl nucen nastoupit bezprostředně po ukončení studia nejprve na interní oddělení v Hranicích a později v Prostějově. Vysoká morální úroveň a intelektuální zázemí rodiny mu pomáhaly přežít i za těžkých podmínek. V Prostějově díky svému vzdělání a pílí postupně vybudoval jednotku intenzivní pé-

če a kardiologické oddělení včetně elektrofyziologického sálu, kde už v roce 1973 provedl první implantaci trvalého srdečního stimulátoru na okresním pracovišti. V 80. letech byl průkopníkem nových metod, například implantace dvoudutinových stimulátorů nebo katetrizační ablace v léčbě srdečních arytmií. Je tedy *de facto* zakladatelem moderní české arytologie

V roce 1990 zorganizoval první setkání arytologů ve Velké Bystřici u Olomouce. Povedlo se mu tehdy velmi sjednotit odborníky v tomto oboru z celé České republiky a založit zcela novou pracovní skupinu



České kardiologické společnosti – Arytmie a trvalá kardiostimulace, kterou vedl. Svými evropskými kontakty umožnil dlouhodobé stáže a intenzivní výuku řadě dnes již renomovaných kardiologů a připěl tak významně k rozvoji oboru.

Výsledky své vědecké a výzkumné práce publikoval ve 122 původních sděleních a 160 přednáškách u nás i v zahraničí. Je autorem tří monografií.

Přednostou I. interní kliniky FN Olomouc se stal v roce 1990 (21 let po vynuceném odchodu svého otce z čela tohoto pracoviště) a byl jím až do roku 2009, stál tedy v čele tohoto pracoviště vůbec nejdéle ze všech dosavadních přednostů. Dokázal kliniku odborně pozvednout a vybudovat zázemí pro poskytování kardiologické a interní péče na nejvyšší úrovni kvality. Svou houževnatost a vitalitu prokázal na počátku 90. let, kdy sám bojoval s těžkým onemocněním – leukémií – a i v tak těžkém období zvládl pracoviště vést a rozvíjet.

(mč)

Zemřel profesor Vladimír Bartoš

V noci z 9. na 10. února 2013 zemřel v Pardubicích ve věku 83 let prof. MUDr. Vladimír Bartoš, DrSc., jehož jméno je nesmazatelně spojeno s moderní českou diabetologií.



Vladimír Bartoš se narodil v 1929 v Pardubicích. Po maturitě na pardubickém gymnáziu byl přijat ke

studiu na Lékařské fakultě Karlovy Univerzity v Hradci Králové, studia dokončil v Plzni. Po promoci nastoupil do krajské nemocnice v Karlových Varech, ale již v roce 1956 zahájil svoji odbornou vědeckou a pedagogickou kariéru na I. interní klinice v Hradci Králové. Zde působil do roku 1959 jako odborný asistent, v roce 1966 byl jmenován docentem. Titulu profesora se mu však dostalo až v roce 1991, i když kritéria pro jmenování naplnil již řadu let předtím.

Záhy se stal jedním z pilířů kliniky nejen jako neobyčejně široce vzdě-

laný internista, ale především díky svým vědeckým aktivitám (ve středu jeho zájmu byla tehdy se rozvíjející pankreatologie, hepatologie, nefrologie a zvláště problematika hemodialýzy a konečně lymfologie, kde jsou dodnes citovány jeho prioritní práce). Byl výtečně jazykově vybaven, a tak nebylo divu, že témata, která byla předmětem jeho zájmu, patřila v dané době mezi priority světového výzkumu a lze je označit jako nadčasová. Podle slov svých žáků byl nejen vynikajícím vědcem, ale i pedagogem – učil své studenty přemýšlet, nikoli jen deklamovat

to, co si přečetli ve skriptech, výuka byla velmi často vedena formou diskusí s posluchači.

V souvislosti s událostmi roku 1968 musel v roce 1972 z Hradce Králové odejít a nastoupil v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny. Protože nemohl pracovat jako kliník, zabýval se po dobu 10 let experimentální činností, a záhy se zde stal motorem a realizátorem programu transplantace pankreatu. Od roku 1982 působil v rámci IKEM na I. interní výzkumné základně, pozdější Kliniky diabetologie IKEM. Jeho tým byl v roce 1989 oceněn Státní cenou za výsledky právě v programu transplantace pankreatu. V letech 1991–1996 stál v čele tohoto pracoviště a byl přednostou Centra diabetologie IKEM

Praha, v letech 1992–2001 působil jako předseda vědecké rady IKEM. I v pokročilém věku byl stále aktivní jako vědecký pracovník Centra diabetologie.

Byl zván k přednáškám v řadě evropských zemí, USA i Kanadě. Pracoval ve výboru České diabetologické společnosti ČLS JEP (jejím předsedou byl v letech 1990–1998) a Spolku lékařů ČLS JEP v Praze, byl čestným členem International Society of Lymphology, Slovenské diabetologické společnosti a České gastroenterologické společnosti ČLS JEP.

Jeho žáci a kolegové na něj vzpomínají nejen jako na špičkového vědce a učitele, ale i jako na osobnost s výjimečným morálním kreditem a velkou lidskostí.

(mč)

Inzerce A131002302

POZVÁNKA

PRACOVNÍ SKUPINA
KARDIOVASKULÁRNÍ
REHABILITACE ČKS
pořádá za organizačního zajištění



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST



XXII. LÁZEŇSKÉ KARDIOVASKULÁRNÍ DNY
V KONSTANTINOVÝCH LÁZNÍCH 15.–16. BŘEZNA 2013

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

ZE SPOLEČNOSTI

Prezident Obama ocenil imunologa Jána Vilčeka

Americký prezident Barack Obama udělil 1. února nejvyšší ocenění za technologický pokrok slovenskému vědci – imunologovi profesoru Jánovi Vilčekovi, který na začátku 60. let krátce působil v Mikrobiologickém ústavu ČSAV v Praze.

Profesor Ján Vilček, absolvent lékařské fakulty v Bratislavě, do svého odchodu do zahraničí pracoval ve Virologickém ústavu Československé akademie věd v Bratislavě, několik týdnů strávil i v Mikrobiologickém ústavu ČSAV v laboratoři profesora Jaroslava Šterzla. Od roku 1965 působí na lékařské fakultě Newyorské univerzity v USA.

Protože jeho hlavním oborem je imunologie a mikrobiologie, byl pan profesor hostem Československého imunologického kongresu v Praze v roce 2008, kde mu bylo předáno ocenění České imunologické společnosti – Granátový imunoglobulin a Purkyňova medaile Akademie věd ČR.



Foto: archiv autorů

vedla k vývoji široce používaného nového biologického léku infliximabu. Ten je účinný v léčbě řady chronických zánětlivých autoimunitních onemocnění, především revmatoidní artritidy, Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy, ankylozující spondylitidy, psoriázy a dalších chorob. Odhaduje se, že protilátkou vyvinutou Jánem Vilčekem a jeho spolupracovníky bylo a je léčeno několik milionů pacientů na celém světě. Jeho objev de facto otevřel novou éru takzvané biologické léčby.

Profesor Vilček je příkladem odborníka, který představuje světovou špičku v oblasti imunologie a jehož výzkum vedl k výsledkům přímo použitelným v léčbě nejčastějších chronických nemocí. Tím přispěl zásadním podílem k nové tváři dnešní medicíny.

prof. MUDr. Helena Tskalová-Hogenová

Objev, který otevřel éru biologické léčby

Hlavním „hmatatelným“ úspěchem vědecké kariéry profesora Vilčeka je příprava první huma-

nizované monoklonální protilátky vůči zánětlivému cytokinu TNF- α , kterou vytvořil se spolupracovníky v roce 1989 a jež ve spolupráci s firmou Centocor

Poznávání světa z bicyklu: Cesta od nás do Jeruzaléma a ještě kousek

Univerzita Karlova chystá cyklus šesti přednášek prof. MUDr. Jaroslava Dršaty, CSc., z Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové. Tentokrát nepůjde o medicínu ani farmacii, ale o zážitky z cest. Všechny přednášky proběhnou na Pedagogické fakultě UK v Praze.

Profesor Dršata si ve volném čase s chutí rozšiřuje obzory cestováním na vlastní pěst. Po světě jezdí na kole a jen v letech 2005–2011 na něm urazil 6300 km napříč 13 zeměmi. Jelikož si své zážitky nenechává jen pro sebe, ale rád se o ně dělí i se širší veřejností, bude je nyní

sdílet v aule Pedagogické fakulty UK (M. D. Rettigové 4, Praha 1). Přednášky se budou konat vždy v pondělí od 18 hodin. 25. 2. se pojedou osmanskou Evropou, 4. 3. Anatolii k syrské hranici, 11. 3. se bude cestovat po Sýrii, 18. 3. Svatou zemí k Rudému moři a ve fi-

nále, 25. 3., kolem Araratu a dnešním tureckým Kurdistanem. Vstup na přednášky je zdarma. Poslední dvě přednášky (18. a 25. 3.) budou živě vysílány na www.ct24.cz, kde budou posleze k dispozici i jako záznam.

(red)

Pomoc opuštěným dětem a náhradním rodinám

Ve dnech 20.–21. března proběhne již 13. ročník sbírky „Sluníčkový den pro opuštěné děti a pěstounské rodiny“, kterou bude zajišťovat okolo 1000 studentů ve 47 městech po celé republice.

„Rozum nás přivede k úspěchu a cit k člověku“



Na dačnického fondu Rozum a Cit. Patronkou fondu jsou po léta herečka Naďa Konvalinková a sportovní

moderátor Vojtěch Bernatský. Tato organizace podporuje náhradní rodiny již 16 let. Za dobu své činnosti pomohli na 750 pěstounským rodinám, v nichž našlo svůj nový domov více než 2900

opuštěných dětí. Adoptivní a pěstounské rodiny jsou jedinou šancí pro děti, jimž selhalo biologická rodina. Více informací o činnosti a podpoře Nadačního fondu Rozum a Cit: www.rozumacit.cz.

(red)

Sponzorský dar dětem s bulózní epidermolýzou

Občanské sdružení DebRA pomáhající lidem s nemocí motýlích křídel získalo 13. února peněžní dar ve výši 225 tisíc korun od britské finanční společnosti.

Peníze, které u nás pomohou některým dětem s bulózní epidermolýzou, věnovala česká pobočka UWC Financial Services provozující finanční služby MoneyPolo. „Běžně nedostáváme od jednoho dárce peněžní dary v tak vysoké částce. Peníze nám umožní zrealizovat tý-

denní ozdravný pobyt asi pro 25 dětí s nemocí motýlích křídel. Tyto akce jsou pro ně jedinou příležitostí poznat zážitky podobné táborům, výletům či stezkám odvahy, jaké prožívají zdravé děti.“ říká ředitelka občanského sdružení DebRA Alice Salamonová.

(red)



Zástupci české pobočky UWC Financial Services předávají šek ředitelce DebRA Alici Salamonové (uprostřed). | Foto: archiv DebRA

Kardinál Duka navštívil nemocné a zdravotníky v Motole

Setkání se vzácným hostem, monsignorem Dominikem Dukou, proběhlo v podvečer 11. února. U příležitosti „Dne nemocných“ každý rok navštíví některé zdravotnické zařízení a tentokrát si vybral právě Fakultní nemocnici Motol.



Monsignor Dominik Duka (vpravo) a primářka radioterapeuticko-onkologického oddělení FN Motol Jana Prausová. | Foto: archiv FN Motol

Kardinál Duka nejprve celeburoval mši v do posledního místa zaplněném „Prostoru ticha“, místnosti určené k rozjímání a bohoslužbám.

Potom se spolu se svým doprovodem vydal na některá lůžková oddělení nemocnice a pohovořil s pacienty i zdravotnickým personálem.

(red)

ZE SPOLEČNOSTI

150 let od zrodu Červeného kříže

17. února uplynulo 150 let od chvíle, kterou lze pokládat za zrod Červeného kříže. V tento den roku 1863 se v Ženevě na první schůzi sešli občané Dunante, Moynier, Dufour, Appia a Maunoir a rozhodli o ustavení stálého mezinárodního výboru pro pomoc raněným vojákům.

Mezinárodní uznání se této snaze dostalo na podzim téhož roku, kdy konference za účasti zástupců 16 států uznala zmíněný

výbor jako specifickou mezinárodně působící instituci – dnešní Mezinárodní výbor Červeného kříže – a vyzvala k zakládání národních

společností. Zrodilo se Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce. Tato celosvětově působící humanitární asociace

má dnes kolem 90 milionů členů a dobrovolníků a přes 300 tisíc zaměstnanců. Představuje největší humanitární organizaci světa, jejíž pomoci se ročně dostane čtvrtmiliardě potřebných.

lů Červeného kříže. Jeho úsilí najít místo pro humanitu i na bitevním poli došla mezinárodní odezvy a jejím hmatatelným výsledkem je existence rozsáhlého systému Ženevských úmluv a dalších smluv a obyčejů známých jako mezinárodní humanitární právo, chránících raněné a nemocné, zdravotníky a duchovní, zadržené bojovníky i civilisty v téměř polovině zemí světa, v nichž se dnes vedou boje. Český červený kříž je jako jedna ze 188 národních společností součástí Mezinárodního hnutí ČK a ČP již zo let. (red)



Pozvánka na přednášky o psychiatrii a klinické psychologii

Psychiatrická léčebna Bohnice pořádá pro širokou veřejnost cyklus přednášek o duševních nemocech, psychiatrii a klinické psychologii.

Již 6. cyklus přednášek se koná v Divadle Za plotem (PL Bohnice, Ústavní 91, Praha 8) a začíná 5. března. Přednášky probíhají vždy od 17:15 do 18:45 hod., 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 léčení závislosti
- 7. 5. MUDr. Zdenka Vyhnánková: Deprese a manie
- 14. 5. MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.: Znalecké posuzování duševního stavu v trestním řízení

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

„Jak přežít léčení“ – veselé čtení o bolestech

6. února byla v pražském knihkupectví Luxor pokřtěna kniha MUDr. Radkina Honzáka, CSc., „Jak přežít léčení“.

Jako kmotra své knihy si autor přizval profesora Jana Pirka, který tuto knížku doporučil jako povinnou četbu ve 2. či 3. ročníku medicíny, protože je dle jeho názoru současně i velmi dobrým manuálem pro lékaře na to jak přežít vlastní proces léčení.

„Mesmer objevil něco, na co vědecká medicína někdy zapomíná, a to, že nejmocnější silou, která působí na člověka, je zase jenom člověk,“ připomíná v úvodu doktor Honzák. V autorově přístupu k tématu, jež je svou podstatou velmi neveselé, se odráží zkuš-

nost z dlouholeté psychiatrické praxe, kterou dovede zpracovat svým nezaměnitelným způsobem tak, že se čtenář nejen poučí, ale i dobře pobaví.

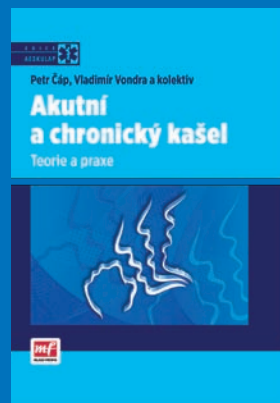
Knížka, již vydalo nakladatelství Vašut, poměrně útlá svým rozsahem, ale obsahově o to vydatnější, je rozdělena do šesti kapitol: Pacient, nemoc a lékař; Stres ve zdraví a nemoci; Emoce jsou nemoci; Nemoc a rodina; Malá kapitola o velké bolesti; Nemocné emoce. Je bohatě obrazově vybavena a obsahuje také řadu kvízů, dotazníků a testů, s jejichž pomocí se čtenář může dozvědět více o sobě i svém nejbližším prostředí, kterým je rodina, nenahraditelná žádnou státní institucí. A především nabízí účinnou pomoc v nelehkých životních situacích, kdy se z nás stávají pacienti, což je „přerod“ zásadně nedobrovolný... (jass)



MUDr. Radkin Honzák a kmotr knihy profesor Jan Pirk. | Foto: Leoš Chodura

Pokřtěna publikace „Akutní a chronický kašel“

V rámci schůze České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP (ČSAKI) proběhl ve čtvrtek 14. února v kongresovém sále Nemocnice Na Homolce slavnostní křest knihy „Akutní a chronický kašel – teorie a praxe“.



Jednotlivé kapitoly se zabývají epidemiologií, patofyziologií a klasifikací akutního a chronického kašle, podrobně jsou popsány též jednotlivé druhy kašle až po jeho farmakoterapii. Probrána je problematika kašle u řady plicních a alergických onemocnění, jsou nabídnuty zkušenosti, ale vedle toho také zmíněny časté omyly, kterých se lékaři při diagnostice či terapii tohoto problému dopouštějí.

V knize jsou zahrnuty poslední vědecké poznatky, doporučené postupy a algoritmy dle publikovaných recentních mezinárodních dokumentů s užitím tabulek, barevných obrázků a schémat. (red)

Úvodní slova se ujal předseda ČSAKI kmotr knihy doc. MUDr. Vít Petrů, CSc. Poté spolu s autory doc. MUDr. Petrem Čápem, Ph.D., prof. MUDr. Vladimírem Vondrou, DrSc., a za laskavé asistence přednášející MUDr. Bronislavy Novotné, Ph.D., knihu symbolicky pokřtili šampaňským a popřáli jí mnoho úspěchů.

Publikace, vydaná nakladatelstvím Mladá fronta v edici Aesculap, usiluje o komplexní a všestranný pohled na téma kašle, které je rozebíráno v nejrůznějších souvislostech etiologických, diagnostických i terapeutických. Vznikla díky společnému úsilí významných českých a slovenských specialistů – alergologa, pneumologa, patofyziologa, pediatra a farmakologa.



Docent Vít Petrů (vpravo) křtí, přihlíží jeden z hlavních autorů profesor Vladimír Vondra.

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

13. krakonošský CT kurz Abdomen, parenchymové orgány, trávicí trubice, břišní dutina

21.–22. 3. 2013/Harrachov
Místo konání: hotel Sklář
Pořadatel: Česká radiologická společnost ČLS JEP, Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: Jana Řehořová; tel.: 602 386 684; e-mail: contour@volny.cz; www.crs.cz

15. moravské urologické sympozium

Diagnostika renálního ložiska, laparoskopická adrenalektomie, kvalita života po radikální prostatektomii, diagnostika karcinomu prostaty, robotická operativa – aktuální stav, chirurgická léčba mužské močové inkontinence, pokročilý karcinom prostaty – nové léky, radiologická diagnostika, místo URS v léčbě litiázy...

21.–22. 3. 2013/Loučná nad Desnou
Místo konání: hotel Dlouhé Stráně
Pořadatel: Urologická klinika LF UP a FN Olomouc, Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové, Muž 21. století, o. s.
Kontakt: www.solen.cz/artkey/act-000140-0000.php

The international congress on oncological perspectives of fertility preservation

21.–23. 3. 2013/Berlín, Německo
Kontakt: www.comtecmed.com/OPFP/2013

Sanační a rekonstrukční chirurgie středního ucha

7. demonstrační kurz a seminář
21.–23. 3. 2013/Svitavy
Místo konání: Svitavská nemocnice
Pořadatelé: oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku Svitavské nemocnice, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LF UK a FN Hradec Králové, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FZS Univerzity Pardubice a Pardubické krajské nemocnice, Klinika dětské ORL LF MU a FN Brno, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: prim. MUDr. Libor Sychra; tel.: 461 569 345;

e-mail: sychra@nemsy.cz;
www.nemsy.cz

UZ vyšetření pánevního dna Workshop – technika 3D/4D

22. 3. 2013/Praha
Místo konání: posluchárna Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN, Apolinářská 18
Pořadatel: 1. LF UK pod záštitou Urogynekologické společnosti ČR
Kontakt: www.gynstart.cz

3. severočeský algeziologický den

Bolest hlavy, novinky ve farmakologii, varia
22. 3. 2013/Ústí nad Labem
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Kontakt: www.bos-congress.cz

Profesní onemocnění v ČR v roce 2012

Seminář: Progrese ve vyhledávání nových nemocí z povolání v ČR, rozdíly a zvyklosti v organizaci postupu různých hlásících středisek v šetření a hlášení nemocí z povolání nebo ohrožení nemocí z povolání
22. 3. 2013/Praha
Místo konání: Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.tis.cz/cz/images/stories/KPL_docs/seminare/kpl-seminare-2012-2013.pdf

EORTC – EANO – ESMO conference 2013

Trends in central nervous system malignancies
22.–23. 3. 2013/Praha
Pořadatel: European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), European Association of Neuro-Oncology (EANO), European Society for Medical Oncology (ESMO)
Kontakt: www.ecco-org.eu

14. konference senologické sekce ČGPS Přehled diagnostiky a léčby nemocí prsu

23. 3. 2013/Praha
Místo konání: FN Motol, velká posluchárna
Pořadatel: senologická sekce České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, Gyneko-

logicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: doc. MUDr. Pavel Strnad, CSc.; tel.: 224 434 295; e-mail: pavel.strnad@lfmotol.cuni.cz; www.cgps.cz, www.senologie.cz

14. Vejvodského vědecký den

23. 3. 2013/Olomouc
Místo konání: Právnická fakulta UP Olomouc
Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Jiří Řehák, CSc., FEBO; e-mail: jiri.rehak@fnol.cz; www.oftalmologie.com

Konference SPLDD ČR

23. 3. 2013/Dřítěč
Místo konání: Golf Resort Dřítěč
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD ČR)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Úloha genetiky v medicíně

23. 3. 2013/Praha
Místo konání: oválná pracovna ČLK, Praha 5
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

3. pražský endoskopický den

25. 3. 2013/Praha
Místo konání: IKEM Praha
Kontakt: <http://lekari.cgs-cls.cz>

Kafkův večer

Přednáškový večer Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
25. 3. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek českých lékařů ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

26. 3. 2013/Ostrava
Místo konání: hotel Imperial
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

MEDSOFT 2013

Role e-Health v českém zdravotnictví, knihovny a vědecké informace ve zdravotnictví, vy-

užití internetu ve zdravotnictví, zdravotnické informační systémy, výuka a vzdělávání, využití modelování a simulace v medicíně, biofyzika a lékařské přístroje řízené počítačem

26.–27. 3. 2013/Roztoky u Prahy
Místo konání: hotel Academic
Pořadatel: Action-M
Kontakt: www.action-m.com/action/cz.events.html

Riziková stratifikace náhlé srdeční smrti

Postgraduální klinický seminář
27. 3. 2013/Praha
Místo konání: Eiseltova síň 2. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha, 1. patro, pavilon A14
Pořadatel: Komplexní kardiologicko-vaskulární centrum VFN v Praze
Kontakt: <http://intz.lf1.cuni.cz/postgradualni-seminare-2012-2103>

Celouústavní seminář PL Bohnice

27. 3. 2013/Praha
Místo konání: PL Bohnice
Pořadatel: Psychiatrická léčebna Bohnice
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

27. 3. 2013/Praha, České Budějovice
Místo konání: Lékařský dům (Praha), Clarion Congress Hotel (České Budějovice)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Rokitanského den

Fibrilace síní, rezistentní hypertenze, kritická končetinová ischemie, arytmiická bouře a možnosti jejího řešení, nemocný s hypertrofií myokardu, tromboaspirace u akutního infarktu myokardu, optická koherenční tomografie, dlouhodobé výsledky TAVI, kardiomyopatie, nová doporučení Evropské kardiologické společnosti
28. 3. 2013/Hradec Králové
Místo konání: hotel Tereziánský dvůr
Pořadatel: 1. interní kardiologicko-angiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové, Společnost pro trombozu a hemostázu ČLS JEP, pracovní skupina akutní kardiologie České kardiologické společnosti
Kontakt: www.solen.cz

22. vinohradské ORL dny

28. 3. 2013/Praha
Pořadatel: Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: <http://otolaryngologie.cz>

Dermatoskopie v praxi

Kurz
28. 3. 2013/Praha
Místo konání: Hotel Ilf
Pořadatel: Katedra dermatovenerologie IPVZ
Kontakt: doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.; tel.: 261 092 443; e-mail: lumir.pock@volny.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

8. konference Interní medicína pro praxi

Kardiologie, hormonální terapie ženy, osteoporóza, diabetologie, imunitní systém, kazistiky mladých internistů, tipy a triky na UZ vyšetření žil dolních končetin
28.–29. 3. 2013/Olomouc
Místo konání: Regionální centrum Olomouc
Pořadatel: Sdružení ambulancí internistů, 3. interní klinika LF UP a FN Olomouc
Kontakt: www.solen.cz

Sympozium Loket 2013

Diferenciální diagnostika a léčba neoplazí žaludku
29. 3. 2013/Loket u Karlových Varů
Místo konání: hrad Loket
Pořadatelé: Česká chirurgická společnost ČLS JEP, Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP, Společnost pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP, Česká onkologická společnost ČLS JEP, Česká společnost hepatopankreatobilární chirurgie
Kontakt: <http://lekari.cgs-cls.cz>

Puchýřnaté choroby

Kurz
29. 3. 2013/Praha
Místo konání: Hotel Ilf
Pořadatel: Katedra dermatovenerologie IPVZ
Kontakt: doc. MUDr. Petra Cetkovská, CSc.; tel.: 261 092 443; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Kurz porodnické analgezie a anestezie

30. 3. 2013/Praha
Místo konání: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Pořadatel: sekce porodnické analgezie a anestezie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.; tel.: 224 967 198; e-mail: parizek@porodnice.cz; www.cgps.cz (sta)

NOVÉ KNIHY

Volker Schumpelick Chirurgie

– stručný atlas operací a výkonů



Rozsah:
208 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4531-2
Vydavatel:
Grada

Publikace obsahuje 50 stručných kapitol – 50 chirurgických zákroků, výkonů či operačních diagnóz, zobrazených na 412 didaktických obrázcích s minimem přehledného textu (často formou stručných bodů). Obecná část se týká převážně traumatologie, ve speciální části jsou popsány a zobrazeny postupy v chirurgické léčbě. Nejsou opomenuty ani laparoskopické výkony.

Jan Strjya a kol. Repetitorium hojení ran 2



Rozsah:
370 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-86256-79-5
Vydavatel:
Geum

Výrazně rozšířené (na dvojnásobek původního rozsahu) vydání monografie pro pregraduální i postgraduální vzdělávání lékařů a sester – specialistek v oboru hojení ran. Teoretický základ je doplněn o praktické výstupy v podobě přehledu nejdůležitějších materiálů k vlhkému hojení ran, jejich charakteristik i doporučení k užití. Nechybějí ilustrativní obrazové kazuistiky.

Hildegard, Dieter, Andreas a Maria Wittlingerovi Manuální lymfodrenáž podle dr. Voddera Praktický průvodce



Rozsah:
176 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4084-3
Vydavatel:
Grada

Bogatě ilustrovaná kniha se 168 barevnými fotografiemi provází čtenáře od teoretických informací o významu manuální lymfodrenáže přes její indikace a kontraindikace,

techniky a hmaty až po názorně ukázky ošetření jednotlivých částí těla. Postupy mohou využít nejen sestry a fyzioterapeuti pečující o pacienty, kteří lymfodrenáž potřebují vzhledem ke svému onemocnění, neboť lymfodrenáž je také vyhledávanou procedurou kosmetickou.

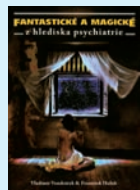
Francis Collins Řeč života



Rozsah:
320 stran
Cena: 345 Kč
ISBN: 978-80-
-200-2161-8
Vydavatel:
Academia

Francis Collins byl vedoucím projektu „Lidský genom“, jehož výstupem bylo první úplné přečtení dědičné informace člověka. Je lékařem a specialistou v molekulární genetice a také uznávaným organizátorem vědeckého výzkumu a autorem textů popularizujících vědu. V knize, kterou přeložil profesor Václav Pačes, přibližuje podstatu personalizované medicíny. V současnosti jsou již přečteny úplně dědičné informace mnoha jedinců a každý týden jsou publikovány informace o nově zjelených genech zapojených do životních procesů včetně těch chorobných. Mnohé z těchto objevů jsou v publikaci vysvětleny a k objasnění jsou hned připojeny rady jak těchto informací využít ke svému prospěchu – k ochraně zdraví.

Vladimír Vondráček Fantastické a magické z hlediska psychiatrie 2. vydání



Rozsah:
324 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-87588-04-8
Vydavatel:
Columbus

Přestože se profesor Vladimír Vondráček narodil již v předminulém století a zemřel ve století minulém, jeho práce zůstává aktuální. Spolu se svým přítelem právníkem, cestovatelem a milovníkem historie Františkem Holubem se pustil do nelehkého úkolu: zmapovat obrovskou oblast lidské mysli, neprobá-

danou krajinu dávných archetypů, paranormálních jevů a fantastických představ.

Kde se všechny ty záhadné věci berou? Skutečně existují, nebo vznikají jen v našich hlavách? Proč někdo věří na kletby? Opravdu čarodějnice létají? A tak bychom se mohli ptát dál a dál a pořád bychom dostávali zajímavé, fundované a – co je hlavní – srozumitelné odpovědi.

Autoři se totiž rozhodli dotknout snad každého „magického“ či „nadpřirozeného“ jevu, který se kdy v lidské historii objevil, a vysvětlit ho z hlediska moderní vědy. Publikace je „úvodem do světa fantazie“ pro čtenáře, kteří se ve všem snaží nalézt racionální jádro, a „krotku k pevné zemi“ pro snílky a fantasty.

Radovan Šikl Zrakové vnímání



Rozsah:
312 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3029-5
Vydavatel:
Grada

Proč se nám obloha zdá modrá? Jako vzhledu nám dávají dvě oči? Co o vnímání prozrazují oční pohyby? Skutečně vidí psi černobíle? Proč nám Asiati připadají navzájem podobní? Případáme tak i my jim? Kniha popisuje, jak prostřednictvím zraku poznáváme okolní svět, ukazuje překvapující komplexnost procesu vnímání a pomáhá pochopit úlohu zrakového vnímání v lidském životě. Poskytuje encyklopedické znalosti v hlavních oblastech oboru a seznamuje s výsledky klíčových výzkumů. Současně dává možnost pohlédnout na vybrané otázky v širších, mezioborových souvislostech a předkládané informace ilustruje na příkladech z každodenní zkušenosti.

Nicholas Humphrey Prach duše aneb Kouzlo našeho vědomí

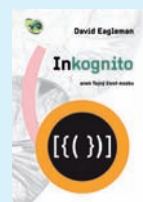


Rozsah:
272 stran
Cena: 331 Kč
ISBN: 978-80-
-7438-072-3
Vydavatel:
Dybbuk

Co je to vědomí a jak vytváří a řeší problémy našeho života? Jak vůbec může nějaká entita tvořená výlučně fyzickou hmotou, tedy člověk, zakoušet vědomé pocity a proč došlo během evoluce k vytvoření vědomí?

Vodpovědích na tyto a další otázky britský psycholog Nicholas Humphrey spojuje preciznost kognitivní vědy, evoluční biologie, psychologie a antropologie s myšlenkami filozofů, básníků, spisovatelů či náboženských myslitelů. Podle jeho názoru za fenomenální kvalitu vědomé zkušenosti, za oddělení a podporu individualismu či za vznik celého společenství vděčíme rozvinutým mozkovým obvodům. Předkládá radikální teorii, že vědomí není ničím jiným než magickým a záhadným představením, které inscenujeme uvnitř své hlavy, přičemž vlastní fenomenální zkušenosti pak projektujeme ven do světa věcí. Neboli my jsme tím kouzelníkem, který barví věci „kouzelným prachem“ svého vlastního vědomí. To může sloužit i jako důkaz, že život právě díky vědomí stojí za to, aby byl plně žit na několika rovinách.

David Eagleman Inkognito aneb Tajný život mozku



Rozsah:
256 stran
Cena: 331 Kč
ISBN: 978-80-
-7438-079-2
Vydavatel:
Dybbuk

Lze si jakýmsi vědomým „prefrontálním tréninkem“, přiblíženým v knize, zvýšit neuroplasticitu a pružnost mozku? Budeme jako lidstvo někdy schopni odpovědět na otázky typu: Jak je možné, že člověk může být našťavý sám na sebe? Máme svobodnou volbu? Kdybychom přistáli na planetě, kde žijí mimozemšťané s odlišným vnímáním času, připadali bychom jim jako sochy, tak jako nám připadají kupříkladu stromy? Proč kameny ležící vedle vodopádu vypadají, že sňhají nahoru, potě, co jsme se chvíli dívali na padající vodu? Proč se pacienti, kteří užívají léky na Parkinsonovu nemoc, stávají hazardními hráči?

I na takové otázky může populárně-vědecká kniha amerického neurovědyce Davida Eaglemana pomoci nalézt odpovědi. Autor v ní přibližuje aktuální výsledky výzkumu mozku a lidského vnímání, jež

potvrzují teorii, že mozek své operace řídí „inkognito“ – většina jeho činnosti je nepřístupná našemu vědomí, které si tak připisuje větší zásluhu, než mu náleží.

Elyn Saksová Střed se hrouť zevnitř

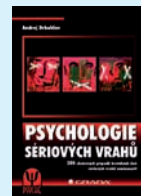


Rozsah:
336 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-470-4
Vydavatel:
Triton

Autorka popisuje ohromnou výzvu, kterou pro ni představuje boj s duševní chorobou – schizofrenií. Více než dobře ví, jaké to je být opravdu „šilná“, tedy věřit, že vlastní myšlenky dokáží zabít nebo že blízcí lidé jsou podvodníci, kteří se proti člověku spikli. Ví, jaké to je, když se téměř nemůžete nadechnout, když jste proškikovaní léky, když cítíte, jak se vaše já rozpadá, vzdaluje a nakonec úplně mizí.

Přesto je přesvědčena, že pro ni její diagnóza neznamená rozudek smrti. Navzdory psychotickým atakám, jimž musí čelit, si dokázala vybudovat úspěšnou akademickou kariéru. Prostřednictvím psaní se snaží porozumět své nemoci a zároveň usiluje o to, aby jí dokázala přijmout jako součást sebe samé.

Andrej Drbohlav Psychologie sériových vrahů 200 skutečných případů brutálních činů sériových vrahů současnosti



Rozsah:
472 stran
Cena: 599 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4371-4
Vydavatel:
Grada

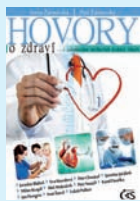
Kniha přibližuje základy psychologie a behaviorální patologie sériových vrahů. Na pozadí různých podob tohoto patologického fenoménu uvádí stručně příběhy nejbrutálnějších sériových vrahů dnešní doby, a to od jejich dětství až do aktuálního stadia vyšetřování jejich násilných činů. Představuje více než 200 jedinců s vysoce patologickým profilem osobnosti a chování a nabízí tak přehled příčin vzniku a projevů zla, násilí a bolesti. Pou-

NOVÉ KNIHY

kazuje na systémová selhání, chybné úsudky psychiatrů, psychologů, soudců a pedagogů.

Publikace je doplněna mnoha fotografiemi, dopisy, psychologickými rozbory a obrázky nakreslenými přímo pachatelí. Je určena jak široké veřejnosti se zájmem o stinné stránky lidské psychiky, tak studentům a odborníkům z oborů psychologie, etopedie, sociologie, behaviorální či sociální patologie, psychiatrie nebo kriminalistiky.

**Irena Žantovská,
Petr Žantovský**
Hovory o zdraví
...s jedenáctkou špičkových českých lékařů



Rozsah: 304 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-7475-104-2
Vydavatel: Čas

Média nás někdy přesvědčují, že v českém zdravotnictví je všechno špatně, vybírají převážně negativní až poplašné zprávy ve snaze zaujmout, šokovat, a někdy dokonce manipulovat veřejnost. Jenže nic na světě není černobílé. O tom se autoři přesvědčili v rozhovorech s deseti špičkovými odborníky z různých medicínských oborů: profesory Jaroslavem Blahošem, Evou Havrdovou, Milanem Kvapilem, Petrem Neužillem, Karlem Pavlem, Janem Peregrinem a Ivanem Šterzlem, docenty Jaroslavem Jeřábkem a Alešem Mokráčkem nebo doktorem Petrem Chmátalem, ředitelem Nemocnice Česká Lípa, který působil jako chirurg v balkánské válce (1994) a v roce 2003 jako šéflékař 7. polní nemocnice v irácké Basře. Svěží názory vnesl do knihy o generaci mladší lékař-anestezioLOG Lukáš Pollert.

Autoři položili zmíněným osobnostem desítky otázek, z nichž některé prolínají celou knihou. Každý ze zpovídaných lékařů na ně odpovídá trochu jinak a poskytuje tak dal-

ší svědectví o různorodosti a hloubce světa medicíny. Některé dotazy míří na specifika jednotlivých oborů a jejich místo na zdravotnické mapě – se zvláštním přihlédnutím k tomu, co může pro své zdraví udělat každý z nás. Kniha je tak vlastně svědectvím o stavu českého zdravotnictví zprostředkovaným v názorech osobností, jež mají co říci. Naznačuje i trendy a prognózy dalšího vývoje v oblasti, která zajímá snad všechny lidi bez rozdílu.

Radkin Honzák
Jak přežít léčení
Veselé čtení o bolestech

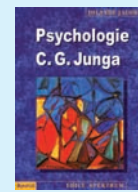


Rozsah: 136 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-7236-846-4
Vydavatel: Jan Vašut

Léčit a vyléčit se není jen tak, což může dosvědčit každý, kdo s něja-

kou vážnější nemocí zápolil. Známý psychiatr se na toto téma pokusil podívat s nadhledem vyplývajícím z jeho dlouholeté praxe a s jemu vlastním humorem. Vysvětluje, jaký by měl být vztah pacienta a lékaře, v čem se pohled nemocného liší od pohledu lékaře, jak zvládnout stres a bolest a jak by měla pacienta podpořit rodina. To vše dokáže podávat s bytostným optimismem, i když přiznává, že v reálném životě neplatí ani to, že jednou jsi dole a jednou nahoře. Nikdo se k nám ale nemůže chovat hůře, než jak se k sobě někdy „umíme“ chovat my sami.

Jolande Jacobiová
Psychologie C. G. Junga



Rozsah: 216 stran
Cena: 359 Kč
ISBN: 978-80-262-0353-7
Vydavatel: Portál

Jungova žákyně a jeho nejbližší kolegyně Jolande Jacobiová si předsevzala, že názorně a zhuštěně představí základní pojmy Jungovy psychologie a myšlení. Kniha vyšla v prvním vydání v roce 1940 a byla několikrát přepracována a aktualizována.

Už přes sedmdesát let platí za klasické a kanonické dílo analytické psychologie, o němž se sám C. G. Jung vyjádřil takto: „Předložená práce vychází vstříc všeobecné potřebě, jíž jsem já sám dosud neuměl dostát: přání po stručném představení základních rysů mého psychologického myšlení. Paní doktorka Jacobiová se tohoto úkolu zhostila s úspěchem a zdařil se jí šťastný výklad oproštěný od balastu detailních poznatků. Tím vznikla synopse, která obsahuje všechno podstatné.“

Jolande Jacobiová (1890–1973) se narodila v Maďarsku, část života prožila ve Vídni a Curychu. Stala se přední Jungovou žákyní a u odborné veřejnosti jeho zásadní interpretkou.

Inzerce A131002773



Představujeme publikaci Vybrané kazuistiky nádorů u adolescentů a mladých dospělých

Na konkrétních a zajímavých případech je vyložena problematika onkologie adolescentů a mladých dospělých, s apelem na včasné rozpoznání a zahájení léčby. V úvodních kapitolách jsou zdůrazněna specifika nádorů u dospívajících a problematika jejich diagnostiky a léčby obecně. Ve speciální části

Autoři: MUDr. Viera Bajčiová, CSc., a kolektiv

jsou kazuistiky uspořádané podle jednotlivých diagnóz. V každé z nich je popsána anamnéza, iniciální vyšetření a stanovení diagnózy, následuje diferenciálně diagnostická rozvaha a je popsán léčebný algoritmus, v závěru je pak zmíněn další osud pacienta a význam prezentované kazuistiky.

Doporučená cena 400 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



MLADÁ FRONTA

PRÁVNÍ PORADNA

§ 113 občanského zákoníku vs. zákon o zdravotních službách

Podle § 113 odst. 1 občanského zákoníku (OZ) má člověk právo rozhodnout, jak bude po jeho smrti naloženo s jeho tělem. Pokud (podle § 115 OZ) nevyjádří souhlas s pitvou nebo použitím svého těla pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům, nelze jeho tělo takto použít – předpokládá se zde, že mlčení znamená nesouhlas. Ovšem § 113 OZ v odst. 2 zároveň říká, že i bez souhlasu zemřelého lze provést pitvu nebo použít lidské tělo po smrti člověka pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům, jestliže tak stanoví jiný zákon – zde patrně zákon o zdravotních službách, upravující mj. provádění pitev a v §§ 80–82 také nakládání s částmi lidského těla odebranými pacientovi při poskytování zdravotní péče a nakládání s tělem zemřelého a jeho částmi. Má se tedy zákon o zdravotních služ-



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

bách chápat jako nadřazený ve vztahu k § 113 OZ?

Aby těch zmatků nebylo málo, OZ se vůbec nezabývá použitím lidského těla, respektive jeho částí k transplantacím. Toto řeší transplantční zákon, jenže

ten, ouha, zcela opačně než OZ vychází z presumpce souhlasu (s odběrem tkání a orgánů za účelem transplantace). Tedy jestliže člověk za svého života nevyjádří nesouhlas s takovým použitím svého těla po smrti, má se za to, že s ním souhlasí. Ale to jen na okraj... Má otázka – opakují – zní, zda tedy zákon o zdravotních službách chápat jako nadřazený ve vztahu k ustanovení § 113 občanského zákoníku.

Váš dotaz se vztahuje k rozsahu osobnostních práv občana a dále ke vztahu mezi novým občanským zákoníkem a zvláštními právními předpisy. Zásada,

že ochrana osobnosti se vztahuje i na tělo mrtvého člověka, je všestranně přijímána již delší dobu, ale výslovně v zákoně formulována nebyla. Výrazem respektu k této zásadě jsou ustanovení nového občanského zákoníku kladoucí důraz na úctu k člověku a jeho přirozeným právům. Z tohoto důvodu musí mít váhu i slovo člověka vyjadřující přání, jak má či nemá být naloženo s jeho tělem po jeho smrti.

Nový občanský zákoník, který nabude účinnosti 1. 1. 2014, je založen na zásadě, že člověk má právo rozhodnout, jak bude po jeho smrti naloženo s jeho tělem. Nový občanský zákoník dále výslovně zdůrazňuje, že zemřelý člověk, aniž projeví souhlas s pitvou nebo s použitím těla po smrti způsobem vymezeným v § 113, potom platí, že s provedením pitvy nebo s takovým použitím svého těla nesouhlasí.

Zvláštní zákon má přednost před OZ

Provést pitvu nebo použít lidské tělo po smrti člověka pro potře-

by lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům bez souhlasu zemřelého lze jen tehdy, pokud tak stanoví jiný zákon. Tímto jiným zákonem se rozumí zejména transplantační zákon a zákon o zdravotních službách. S ohledem na to, že každý z těchto zákonů má jiný účel, liší se oba zákony také v tom, zda se předpokládá souhlas nebo naopak nesouhlas zemřelého.

Podle transplantačního zákona platí, že odběr z těla zemřelé osoby lze uskutečnit pouze tehdy, pokud s tím zemřelý za svého života prokazatelně nevyjádřil nesouhlas. Nesouhlas se považuje za prokazatelně vyslovený, pokud je evidován v Národním registru nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů nebo jestliže zemřelý ještě za svého života přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásil, že nesouhlasí s odběrem v případě své smrti. Tento nesouhlas je součástí zdravotnické dokumentace. Zákon o zdravotních službách pak stanovuje, že pro potřeby dle

tohoto zákona lze tělo zemřelého, včetně odebraných částí těla, použít mimo jiné za předpokladu, že s tím zemřelý za svého života vyslovil podle tohoto zákona prokazatelný souhlas. Tímto prokazatelným souhlasem se rozumí souhlas pacienta projevovaný za jeho života, a to písemnou formou s pacientovým úředně ověřeným podpisem, nebo záznam o souhlasu pacienta vysloveném ve zdravotnickém zařízení, přičemž písemný záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Takovýto písemný souhlas je součástí zdravotnické dokumentace.

Lze tak konstatovat, že obecný předpis občanského zákoníku nezasahuje tam, kde zvláštní předpis (transplantační zákon, zákon o zdravotních službách) z oblasti veřejného práva nařizuje provedení pitvy či odběru z těla z důvodů zdravotních či policejních. V těchto případech se uplatní nařízení zvláštního zákona, která budou mít přednost před obecnou úpravou uvedenou v občanském zákoníku.

Výpověď za špatně absolvované školení?

Zaměstnavatel nás posílá na školení v oblasti zdravotnictví, na to má samozřejmě právo. Jenže úspěchem z závěrečném testu podmiňuje naše další setrvání v pracovním poměru. Jak jinak si vyložit dovětek, ve kterém se píše, že pokud na konci školení nesplníme zkoušku či test, tak – cituji: „Neúspěch bude považován za nesplnění pracovních povinností a bude následovat finanční nebo pracovněprávní postih.“ Mohu být postížena a dostat výpověď za špatně vyplněný test?

Zákoník práce klade důraz mimo jiné také na odborný rozvoj zaměstnanců, do nějž zahrnuje zaškolení a zaučení, odbornou praxi absolventů škol, prohlubování kvalifikace a zvyšování kvalifikace. Z dotazu jednoznačně nevyplývá, zda zmiňované škole-

ní představuje prohlubování, či zvyšování kvalifikace. Na základě obsahu dotazu se však příkláním spíše k závěru, že se jedná o prohlubování kvalifikace.

Prohlubováním kvalifikace se rozumí její průběžné doplňování, kterým se nemění její podstata a které zaměstnanci umožňují výkon sjednané práce; za prohlubování práce se považuje též její udržování a obnovování. Zaměstnanec je povinen prohlubovat si kvalifikaci k výkonu sjednané práce a naopak zaměstnavatel je oprávněn uložit zaměstnanci účast na školení a studiu nebo jiných formách přípravy k prohlubování jeho kvalifikace. Účast na prohlubování kvalifikace se považuje za výkon práce, za který zaměstnanci přísluší mzda.

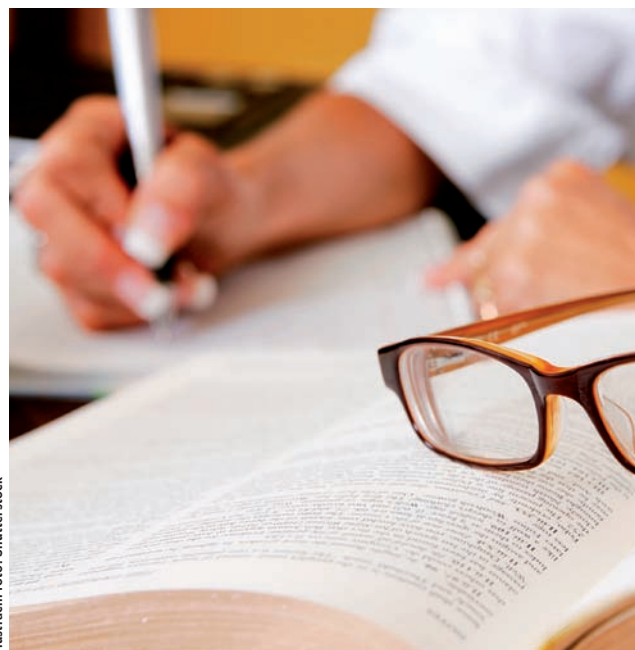
Některé zvláštní právní předpisy (zákon o zdravotnických povoláních lékařů, zubního lékaře a farmaceuta nebo zákon o ne-

lékařských zdravotnických povoláních) upravují prohlubování kvalifikace zcela samostatně a specificky.

Chybí jasná právní úprava

Rozhodovací praxe soudu dosud dospěla k závěru, že pokud zaměstnanec odmítne prohlubování kvalifikace (odmítne absolvovat konkrétní školení), lze toto jednání kvalifikovat jako porušení povinností vyplývajících pro zaměstnance z právních předpisů vztahujících se k jím vykonávané práci. Jestliže se zaměstnanec neúčastní školení či studia a přitom nekoná jinou práci, může toto jednání představovat neomluvenou nepřítomnost v práci a není ani vyloučenou případně ukončení pracovního poměru z důvodu porušení povinností zaměstnance.

K dotazu, zda zaměstnavatel



Ilustrační foto: Shutterstock

může dát výpověď z práce jenom v důsledku neúspěchu při zkoušce či testu na závěr školení v rámci prohlubování kvalifikace, uvádím, že ze zákoníku práce toto oprávnění zaměstnavatele výslovně nevyplývá. Rovněž mi z rozhodovací praxe soudu není

známo, že by soudy zaujaly k tomuto problému jasné stanovisko. Příkláním se tak k závěru, že případný neúspěch zaměstnance při zkoušce či testu na závěr školení není sám o sobě důvodem pro ukončení pracovního poměru ze strany zaměstnavatele.

Zajímavé www stránky

– fibrilace síní

Fibrilace síní patří mezi nejčastější arytmie a současně představuje významný zdravotnický a socioekonomický problém pro s chorobou asociované vysoké riziko vzniku různých komplikací, zejména pak cévních mozkových příhod s možným vznikem těžkého neurologického deficitu.

The Atrial Fibrillation Association

www.atrialfibrillation.org.uk
The Atrial Fibrillation Association je britskou nezávislou organizací s cílem propagovat současné moderní možnosti diagnostiky a zejména pak terapie fibrilace síní jak mezi pacienty, tak mezi odbornou veřejností. Na stránkách se dočteme o nových doporučených postupech v léčbě, pomocí jednoduchého kalkulátoru zjistíme riziko vzniku cévní mozkové příhody a seznámit se lze i s množstvím zajímavých kauzistických příběhů. Řada zmíněných odkazů nás zavede i na

další weby věnované tématu fibrilace síní.

Journal of Atrial Fibrillation

www.jafib.com
Problematické fibrilace síní se věnuje i samostatný odborný časopis Journal of Atrial Fibrillation. Internetová verze obsahuje řadu aktuálních i archivních článků



na různá témata, která jsou s touto arytmií spojená. Nechybí ani pozvánky na vzdělávací akce, kongresy a semináře.

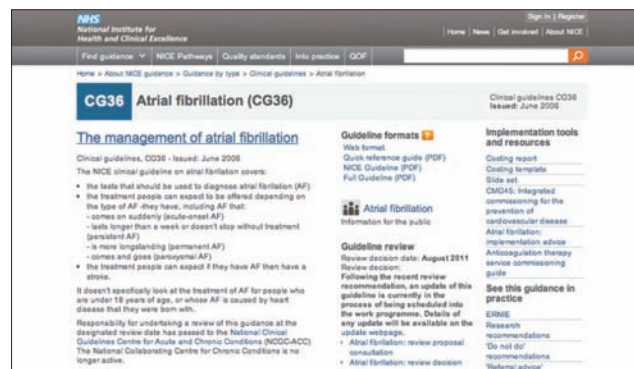
National Institute for Health and Clinical Excellence

www.nice.org.uk/cg36
Webový odkazuje na stránky britského Národního ústavu pro zdraví a klinickou kvalitu. Jedná se o webový portál, který umožňuje rychlý internetový přístup k datům ověřeným v přírodních klinických studiích. Přímou tento odkaz nás zavede na stránku obsahující doporučený postup v diagnostice a terapii fibrilace síní, kterou schválila Royal College of Physicians. Kromě základní definice a klasifikace onemocnění se autoři věnují především otázce přesné diagnostiky a léčby. Představují i různé socioekonomické modelové situace s ohledem na typ zvolené terapie.

European Society of Cardiology: Atrial Fibrillation

www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/atrial-fibrillation.aspx

Stránky Evropské kardiologické společnosti (ESC) samozřejmě obsahují také nejnovější doporučené postupy schválené touto evropskou autoritou v oboru kardiologie. Původní text byl schválen v roce 2010, v roce 2012 pak prošel aktualizací. Obsahuje i podrobné pojednání o nových perorálních antikoagulačních preparátech, jež posunují léčbu fibrilace síní o podstatný krok dopředu.



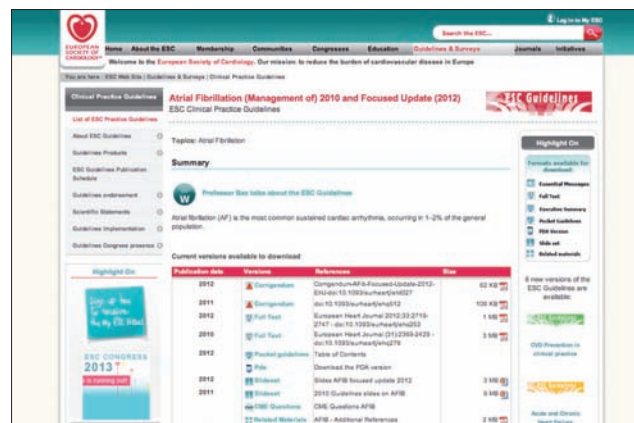
American Academy of Family Physicians

www.aafp.org/afp/topicModules/viewTopicModule.htm?topicModuleId=33

Stránky Americké akademie rodinných lékařů (AAFP) věnované problematické fibrilace síní obsahují řadu zajímavých textů o té-

to chorobě. Z aktuálních témat vybírá například: diagnostika asymptomatické fibrilace síní; akutní management fibrilace síní - kontrola srdečního rytmu; prevence tromboembolických komplikací; rozdíl mezi antikoagulační a antiagregační léčbou a mnoho dalších.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 4/2013

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: klusakova@mf.cz
Filip Kút Citores, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, 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 Skálavá (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalava@mf.cz

Stálí 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 technická 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 Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
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

Retuš Decastole



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 inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

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 doko do tisku 21. 2. 2013

Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.

© Mladá fronta a. s., 2013
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Vedoucí laboratoří

ŘEDITEL ÚSTAVU PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 vypisuje výběrové řízení na místo:

■ Vedoucí ústředních laboratoří

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání příslušného směru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,

- schopnost vedoucí, organizační a manažerské činnosti,
- souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů, pro účely tohoto výběrového řízení,
- praxi alespoň 10 let.

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení,
- možnost odborného a vědeckého rozvoje,
- byt 2 + kk.

Požadované dokumenty:

- přihláška k výběrovému řízení,
- životopis s přehledem profesní praxe,
- kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- kopie výpisu z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce),
- kopie lustračního osvědčení (dle § 4 zákona č. 451/1991 Sb. v platném znění),
- souhlas k využití osobních údajů (v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění).

Písemné nabídky zasílejte do 2 týdnů od zveřejnění na adresu:

Ústav pro péči o matku a dítě, sekretariát ředitele, Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4, e-mail: sekretariat@upmd.cz

ZDN A131002693

Zástupce ředitele – primář

VOJENSKÁ LÁZEŇSKÁ A REKREAČNÍ ZAŘÍZENÍ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, hledá vhodného kandidáta na obsazení pozice:

■ Zástupce ředitele – primář Vojenské lázeňské léčebny region západní Čechy

Požadujeme:

- VŠ vzdělání,
- specializaci v oboru FBLR (fyzikální a rehabilitační medicína),
- osvědčení České lékařské komory pro výkon funkce vedoucího lékaře/primáře ve zdravotnickém zařízení,
- velmi dobré organizační a komunikativní schopnosti,
- dobrou znalost NJ,
- vysoké pracovní nasazení, časovou flexibilitu,
- občanskou a morální bezúhonnost.

Nabízíme:

- motivující finanční ohodnocení,
- zaměstnání v organizaci se stabilní finanční situací,
- zaměstnanecké výhody odpovídající zastávané funkci,
- zaměstnanecké ubytování,
- další individuálně sjednané podmínky,
- nástup dle dohody.

Nabídky se strukturovaným profesním životopisem zasílejte do 31. 3. 2013 na adresu: Vojenská lázeňská a rekreační zařízení, Magnitogorská 12, 101 00 Praha 10, nebo na e-mail: pam@vlrz.cz

ZDN A131002674

Primář

ŘEDITEL THOMAYEROVY NEMOCNICE, VÍDEŇSKÁ 800, 140 59 PRAHA 4 – KRČ, vypisuje konkurzní řízení na obsazení funkce:

■ Primář oddělení dětské psychiatrie

Požadavky:

- VŠ lékařského směru + specializovaná způsobilost v oboru,
- nejméně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti,
- negativní osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb.

K přihlášce uchazečů musí být připojen strukturovaný životopis se zaměřením na odbornou praxi a fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci, osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb., doklady o zdravotní způsobilosti, výpis z rejstříku

trestů, přehled publikační činnosti, případně stanovisko (doporučení) odborníků.

Písemné přihlášky přijímá do 18. 3. 2013 sekretariát náměstka ředitele pro personální práci na výše uvedené adrese.

ZDN A131002682

Volná místa

Lékař

GENETICKÉ PRACOVÍŠTĚ

GENVIA, S. R. O., přijme do genetické laboratoře atestovaného VŠ.

Kontakt: e-mail: genvia@volny.cz

ZDN A131002690

Lékaři/lékařky

LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S., hledá lékaře/lékařky se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie a neurologie.

Nabízíme:

- práci na akreditovaných pracovištích,
- podporu odborného růstu,
- zajímavé finanční podmínky,
- ubytování.

Přihlášky zasílejte na adresu: Litomyšlská nemocnice, a. s., personální oddělení – Irena Bartošová, J. E. Purkyně 652, 570 14 Litomyšl.

ZDN A131002686

Různé

Gynekologická praxe

PŘEVZMU, ODKOUPÍM GYNEKOLOGICKOU PRAXI

v Pardubickém nebo Královéhradeckém kraji. Kontakt: tel.: 731 148 477.

ZDN A131002698



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

MEDICAL SERVICES

Napsali jste knihu?
My vám ji vydáme!

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**.

abbvie

ZMĚNILI JSME JMÉNO NÁŠ ZÁVAZEK K PACIENTŮM VŠAK ZŮSTÁVÁ

Znáte nás pod názvem Abbott. Nyní jsme AbbVie. Změnili jsme jméno, ale náš zájem o pacienty zůstal na prvním místě.

Společnost AbbVie se zaměřuje na vývoj nových léků, které zlepšují pacientům kvalitu jejich života a mají významné klinické účinky. Investujeme do výzkumu a inovací.

Náš výzkum je zaměřen na oblasti neurologie, imunologie, onkologie, onemocnění ledvin, zdraví žen, léčby hepatitidy C (HCV) a péče o předčasně narozené děti.

Naše produktové portfolio obsahuje dlouhodobě úspěšné značky:

Duodopa	levodopum/carbidopum
Forane	isofluranum
Humira	adalimumabum
Chirocaine	levobupivacainum
Kaletra	lopinavirum/ritonavirum
Norvir	ritonavirum
Sevoran	sevofluranum
Synagis	palivizumabum
Zemplar	paricalcitolum

