



TÉMA ČÍSLA

Trendy v onkologii
Novinky z ASCO GI 2014
Léčba karcinomu pankreatu
Léčba recidiv gynekologických
zhoubných nádorů **STRANA 18**



PŘEDSTAVUJEME

prof. Jiřího Widimského st.,
prof. Petra Widimského,
prof. Jiřího Widimského ml.
– rodinný klan kardiologů.

STRANA 30



LÉKAŘSKÉ LISTY

02/2014
– Rekonstrukční medicína
Naleznete jako přílohu
v tomto čísle



Leoš Heger:
Očekávám pokračování
ekonomického
i morálního hazardu
a další oddlužování
konkurenceneschopných.

(více viz str. 2)

Se zdravotnictvím vládě možná pomůže i opozice

Koaliční vláda ČSSD, ANO a KDU-ČSL získala důvěru poslanecké sněmovny. S prioritami pro resort zdravotnictví se částečně shoduje i TOP 09 a KSČM a nová vláda by tak v některých bodech mohla získat jejich podporu. Z řad opozice ovšem zazněly i vážné výhrady.

Hlavní prioritou vlády Bohuslava Sobotky (ČSSD) v oblasti zdravotnictví je ekonomická stabilita, efektivita a transparentnost systému veřejného zdravotnictví (viz str. 2 – „Priority vlády pro resort vlády pro zdravotnictví“) s cílem zajistit občanům kvalitní a všeobecně dostupné zdravotní služby. S těmito prioritami vyslovily souhlas i opoziční strany. V rozpravě před hlasováním o vyslovení důvěry vládě se však objevily i větší či menší roz-

díly nejen v přístupech k řešení současné situace, kritizována byla také absence některých cílů.

Přílišné zaměření na jednotlivce

Bývalý ministr zdravotnictví v Nečasově vládě a nyní opoziční poslanec Leoš Heger (TOP 09) deklaroval součinnost své mateřské strany při snaze vlády o kultivaci dlouhodobých resortních problémů. Konkrétně v problematice

dlouhodobé péče, přerozdělení pojistného, hospodaření a vztahů zdravotních pojišťoven a poskytovatelů služeb, cenotvorby a systému úhrad, dohledu nad zdravotními pojišťovnami atd. „V těchto věcech myslím mohu slíbit, že TOP 09 bude jako konstruktivní opoziční politická strana vládu podporovat a je připravena diskutovat o detailech řešení, jež budou navrhována,“ slíbil Leoš Heger.

(pokračování na straně 2)

SÚKL zažil personální čistku – skončil ředitel i náměstci

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) odvolal z funkce ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Pavla Březovského. Dočasným řízením ústavu pověřil dosavadního vedoucího lékárníka Městské nemocnice Ostrava Zdeňka Blahutu.

Krizový manažer

Oficiálním důvodem odvolání Pavla Březovského byla nespokojenost ministra zdravotnictví se způsobem řízení SÚKL, a to zejména v oblasti regulace cen a úhrad léků, nedostatky v dozorových činnostech a špatná kontrola se veřejnými prostředky. „Do-

savadní výkony a styl práce úřadu se výrazně rozcházejí s mými požadavky na klíčovou instituci českého zdravotnictví. Ta by měla být pružnější a pod větší kontrolou státu. Současně považují za nešťastné, aby jeden člověk řídil dvě významné instituce zároveň,“ uvedl ke svému rozhodnutí Svato-

pluk Němeček s poukazem na skutečnost, že dosavadní ředitel SÚKL souběžně řídil i Koordinační středisko transplantací (KST). Ministr zdravotnictví pověřil dočasným vedením ústavu Zdeňka Blahutu, který by měl plnit funkci krizového manažera. „Ředitel

(pokračování na straně 2)

Se zdravotnictvím vládě možná pomůže i opozice

(pokračování ze str. 1)

Bývalý šéf resortu však v programovém prohlášení vlády zcela postrádá zejména formulace týkající se oblasti veřejného zdravotnictví, kterou Leoš Heger dlouhodobě akcentuje jakožto klíčový faktor pro celkovou úroveň zdraví popu-

lace; ta podle něj není v České republice právě nejlepší. Koaliční vláda se prý ve svém prohlášení příliš soustředí pouze na jednotlivce a tím podle Leoše Hegera rezignuje na otázky zdraví populace. „Zdravotní služby, které jsou u nás vysoce kvalitní a dostupné, sice zůstávají vysokou priori-

tu vlády uvedenou v úvodu vládního prohlášení, ale jsou cílené především na jednotlivce. Jsou samozřejmě důležité, nicméně nezastupitelnou povinností vlády a ministerstva zdravotnictví je také pečovat o rozvoj zdraví a zdravotního bezpečí v populaci jako celku,“ připomněl.

Priority vlády pro resort pro zdravotnictví

- Zajistí ekonomickou stabilitu, efektivitu a transparentnost systému veřejného zdravotnictví, zdravotních pojišťoven (včetně VZP) a poskytovatelů zdravotních služeb.
- Bude trvat na dodržení principu solidarity zdravých lidí s nemocnými, neziskovosti a všeobecné dostupnosti kvalitní zdravotní péče hrazené z veřejných prostředků. Zavede předvídatelný, stabilní a průměrným nákladům odpovídající systém úhrad pro všechny typy zdravotní péče. Podle principu „za stejný rozsah a srovnatelnou kvalitu péče“ bude hrazena stejná úhrada. Vláda zavede pravidelnou valorizaci platby za státní pojištění a prosadí snížení DPH na léky.
- Zavede spravedlivý model přerozdělení pojistného, který zohlední skutečné výdaje na nákladné diagnózy a přinese významné úspory systému, především v nákladech na léky a zdravotnické prostředky.
- Prosadí transparentní a kontrolovatelný systém hospodaření s veřejnými prostředky, zavede povinné zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli péče a smluv veřejných nemocnic se svými dodavateli.
- Nebude znovu zavádět poplatky za hospitalizaci. S účinností k 1. lednu 2015 zruší poplatek za recept i za ošetření v ambulanci sféře. Ponechá pouze regulační poplatek za využití pohotovostních služeb. Výpadek zdrojů spojených se zrušením regulačních poplatků bude systémem veřejného zdravotního pojištění a následně poskytovatelům péče kompenzován ze státního rozpočtu.
- Důsledně oddělí vlastnictví zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven a zamezí jejich vzájemnému ovládnutí nebo ovládnutí třetí osobou.

• Posílí státní dozor nad toky zdravotního pojištění a nad fungováním zdravotních pojišťoven. Zajistí kontrolu státu nad zaváděním DRG systému převzetím těchto činností ministerstvem zdravotnictví z tzv. Národního referenčního centra.

• Posílí efektivitu Státního ústavu pro kontrolu léčiv a jeho lékové politiky a cenotvorby s cílem zajistit lepší dostupnost léků pro občany.

• V průběhu roku 2015 předloží zákon o veřejných neziskových nemocnicích, který umožní jejich transparentnější a efektivnější řízení. Vytvoří tím podmínky pro tvorbu uznávaných postupů v odborné lékařské péči.

(Pozn.: Programové prohlášení vlády se odkazuje na koaliční smlouvu ČSSD, ANO a KDU-ČSL, kterou v jednotlivých kapitolách doplňuje.)

(Zdroj: Vláda ČR)

Odpovědnost za své zdraví

Podle Leoše Hegera nejde pouze o ministerstvo zdravotnictví, neboť pro vedení obyvatelstva k lepší péči o své zdraví je třeba multidisciplinární přístup. „Je známo a empiricky nepochybně potvrzeno, že na vysoké a vyrovnané úrovni zdravotního stavu celé populace se veřejné zdravotnictví podílí nejméně stejnou měrou jako zdravotní služby pro jednotlivce a musí se na ní zúčastnit daleko více resortů než jen ministerstvo zdravotnictví. Musí se to odehrávat cestou výchovy ke zdravému životu, cestou podpory fyzických aktivit, zajišťování bezpečí zejména v práci a dopravě, cestou kultivace zdravého životního prostředí, aktivním vyhledáváním chorob, kterým lze předcházet, či cestou aktivního boje proti škodlivým a návykovým aktivitám,“ podotkl bývalý ministr a připomněl i význam veřejného zdravotnictví a prevence na udržitelné financování zdravotnictví. „Hrozí, že budeme léčit stále více onkologických pacientů či diabetiků místo toho, abychom podpořili například pohyb dětí a posilovali boj proti obezitě, kouření či konzumaci alkoholu,“ podotkl Leoš Heger.

Kritika i zleva

S kritikou vládních priorit pro zdravotnictví nešetří ani KSČM, jejíž stínová ministryně zdravotnictví Soňa Marková sice naznačila určitou míru kompatibility programu vlády s programem své strany, ale podobně jako Leoš He-

ger vyčetla koalici vynechání některých pro její stranu zásadních otázek. V programu by podle ní měla být více akcentována primární prevence, bonusové programy za prevenci či záchrana českého lázeňství. KSČM by také v programovém prohlášení ráda viděla navyšování platů zdravotníků či explicitní důraz na komunikaci ministerstva zdravotnictví se stavovskými organizacemi. Komunistická poslankyně pokárala koalici i za opomenutí některých koncepčních multire-sortních kroků. „Úplně chybí závazek k vypracování zákona o dlouhodobé péči ve spolupráci s ministerstvem práce a sociálních věcí tak, aby zdravotnictví již konečně přestalo suplovat sociální systém. Nová vláda také, aspoň podle předloženého vládního prohlášení, nepamatuje na realizaci velmi potřebné koncepce hygienické služby,“ uvedla Soňa Marková. Naopak uznání si koalice u KSČM vysloužila za důraz, jaký klade na solidaritu zdravých s nemocnými a deklarovanou snahu o vytvoření předvídatelného, stabilního a průměrným nákladům odpovídajícího systému úhrad, či za systém valorizace plateb za státní pojištění.

Důraz na rozpočtovou zodpovědnost

Od opozice pak zazněla i kritika programu vlády v oblasti financování zdravotnictví a realizování úspor v systému. „Za absolutně nedostatečný a k systému nezodpovědný přístup považuji ▶

SÚKL zažil personální čistku – skončil ředitel i náměstci

(pokračování ze str. 1)

takovéto instituce by měl projít řádným výběrovým řízením. V tomto případě mě čas tlačil k tomu, abych udělal rychlé rozhodnutí a přečetl některé vazby, které tam byly. Proto jsem jmenoval Zdeňka Blahutu krizovým manažerem. Během několika měsíců bude vypsáno řádné výběrové řízení,“ vysvětlil v „Impulsech Václava Moravce“ ministr zdravotnictví.

Ministerstvo formulovalo i hlavní úkoly pro nového šéfa SÚKL: urychlení správních řízení s cílem zajistit levnější léky pro pacienty i pojišťovny, zvýšení efektivity v oblasti cenové a úhradové regulace a kontrola vynakládá-

ní veřejných prostředků. „Největší důraz budu klást na precizní výkon činnosti regulace cen a úhrad léčivých přípravků, která povede k finančním úsporám pro pacienty a systém veřejného zdravotního pojištění,“ dodal Svatopluk Němeček.

Podivné zakázky

Jedním z dalších důvodů, které prý ovlivnily rozhodnutí ministra zdravotnictví o odvolání Pavla Březovského, bylo vypsání tendru na PR služby v hodnotě 20 milionů korun. „V dnešní době, kdy opravdu otáčíme každou korunu, je to neúměrně vysoká částka. Ministerstvo zdravotnictví, které má podle mě z hlediska popularity mnohem větší úkoly než SÚ-

KL, má na tyto služby vyčleněno zhruba 600 tisíc korun na rok,“ uvedl srovnání ministr Němeček. Navíc prý od zaměstnanců ústavu získal „znepokojivé informace“ i o chystaných IT zakázkách, které by prý znamenaly odtok finančních prostředků ze SÚKL v řádu desítek milionů korun.

Audit a padání hlav

Kvůli podezření z ne zcela čistého nakládání s veřejnými prostředky zahájil nově pověřený šéf ústavu Zdeňk Blahuta forenzní audit, který probíhá souběžně s kontrolou ministerstva zdravotnictví, jejíž výsledky by měly být známy během několika týdnů. Zdeňk Blahuta se také jen den po svém jmenování do funkce

rozhodl odvolat hned tři ze svých náměstků – skončil jak někdejší náměstek MZ a dosavadní náměstek pro ekonomiku SÚKL Petr Nosek, tak i náměstek pro odborné činnosti Filip Vrubeľ a náměstek pro oblast IT Pavel Veselý. Jejich nástupci zatím nebyli jmenováni. Reakce z řad opozice na sebe nenechala dlouho čekat. Pro býva-

lého ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) je „personální čistka“ v SÚKL nepochopitelná. „Personální změna šla až do úrovně odborných pracovníků, tedy značně proti duchu připravovaného zákona o státní službě, o kterém jsme již tolik slyšeli,“ řekl ve svém projevu v poslanecké sněmovně Leoš Heger.

(fkc)

PharmDr. Zdeňk Blahuta (53) v letech 2010–2011 působil v regionálním pracovišti SÚKL v Ostravě. Má dlouholeté zkušenosti s distribucí léčiv – v letech 1993–1994 byl obchodním ředitelem společnosti Tamda, a. s., v letech 1994–1996 prokuristou a obchodním ředitelem společnosti GEHE Pharma Praha, s. r. o. Od roku 1996 a 1999 provozoval dvě vlastní lékárny, které v roce 2010 prodal, jednu z nich společnost Česká lékárna, a. s., spadající do portfolia finanční skupiny Penta Investments. V letech 2007–2010 byl členem představenstva České lékárnické komory.

avizované snížení sazby DPH pouze na léky. Vážnou chybou je neřešení sazby DPH jako takové. Ve zdravotnictví totiž každé zvýšení DPH o jeden procentní bod znamená zhruba minus 4 miliardy. K úsporám veřejných financí by jistě přispěl i návrh, který dlouhodobě prosazovala KSČM, tedy jedna zdravotní pojišťovna s důslednou kontrolou toku vynaložených veřejných peněz, "poradila vládě Soňa Marková. TOP 09 naopak kritizovala neustálé přilévání peněz do systému, které nepovažuje za koncepční řešení. Podle Leoše Hegera je vláda již nyní rozpočtově neodpovědná, když je prý připravena zatěžovat státní rozpočet bez zjevnější snahy o zvyšování efektivity. „Bez spoluúčasti a jasných opatření, jež by vedla k dalšímu zvyšování efektivity, se na scéně znovu objeví problém ekonomického i morálního hazardu a znovu dojde k oddlužování konkurenceschopných a kapacitně nadbytečných poskytovatelů péče, které mělo v minulosti vždy jen krátkodobý efekt a problémy se vracely zpět,“ varoval Leoš Heger s odkazem na nedotaženou optimalizaci sítě zdravotnických zařízení.

Filip Kůt Citores

SÚKL a vzory z minulosti

Nedalo by se nějak zařídit, aby čelo Státního ústavu pro kontrolu léčiv bylo obsazováno normálně? Asi nedalo, i když šanci nový ministr ještě má.

Jedním z hlavních hesel nové vlády je transparentnost, která má nahradit „temné období vlády pravice prolezlé korupcí, klientelismem a tajnostmi“. Tolik pohádka, za níž ovšem realita poněkud kulhá, zejména pokud jde o personální otázky. Silný průvan spojený s nástupem nových struktur dofoukl i na Státní ústav pro kontrolu léčiv a shodil ze židle jeho šéfa Pavla Březovského. Ministr Svatopluk Němeček na jeho místo jmenoval Zdeňka Blahuťu, vedoucího nemocniční lékárny v Ostravě. Prý dočasně, než dojde na transparentní výběrové řízení.

Palácový převrat

Nechme stranou důvody odvolání Pavla Březovského. S jejich vysvětlováním se ministr nijak nenamáhal a zůstal u standardizovaných, léty prověřených nic-



Martin Čaban

neřekajících formulí o nespokojenosti s řízením a potřebě krizového managementu. Při nástupu nové garnitury je ovšem neméně důležitý také jakýsi umělecký dojem, tedy způsob, jímž k zásadním krokům, perso-

nálním i jiným, dochází. A tento dojem je v případě výměny v čele SÚKL mizerný.

Z odborného hlediska je zřejmé vše v pořádku, dokonce by se dalo mluvit o změně k lepšímu, neboť lékaře se specializací ORL střídá po necelých dvou letech v čele lékového ústavu farmaceut, navíc bývalý spolupracovník Březovského předchůdce Martina Beneše, tedy někdo, kdo prostředím ústavu zná.

Jenže odborné hledisko není jedině. Vyhadzují-li se lidé z důležitých institucí a hovoří-li se při tom o transparentnosti, bývá zvykem pověřit vedením osiřelého úřadu některého z náměst-

ků či zástupců vyhozeného šéfa a následně nějakým – pokud možno elegantním – způsobem najít novou hlavu, jež si pak už sjedná pořádek podle vlastních úvah. Němečkův postup, tedy hodinové vyhazov Pavla Březovského a jmenování ostravského lékárníka, který vzápětí vyházi všechny náměstky, připomíná spíše převrat než plynulé předání moci.

Pikantní dočasnost

Ministr má na výměnu právo, o tom žádná. Ale takto radikální postup by si zasloužil odpovídající vysvětlení. Co v SÚKL tak hořelo, že to nemohlo počkat pár týdnů na normálně přichozící nové vedení? Jaký černý kšeft tam byl těsně před dokončením, jaký průšvih se valil na státní lékovou politiku, že jej mohl odvrátit jen hodinový vyhazov celého vedení ústavu, jaký děsivý kostlivec vyskočil na ministra z jeho nového šuplíku?

Nevíme, ministr se s žádným podrobným vysvětlením neobtěžo-

val. Zato přišel se slovy o Blahutově „dočasnosti“, což je slovo, které má v českém historickém kontextu mimořádně pikantní příchut.

Jestli se Svatopluk Němeček ještě pokusí napravit si v případě SÚKL reputaci a přijít alespoň za čas s normálním výběrovým řízením na šéfa ústavu, bude to dobrá zpráva. Je pak třeba mu držet palce, aby se nedržel příkladu svého předchůdce Leoše Hegera, který také rád mluvil o transparentnosti, ale v případě SÚKL v tomto ohledu shořel jako věchet.

Výběr Pavla Březovského byl jednou velkou fraškou. Utajení účastníci tendru, utajená porota, utajené všechny detaily rozhodnutí. A tisková zpráva o „transparentním výběrovém řízení“. Ono se to nakonec stejně všechno vykecalo, takže víme, že v hodnotící komisi seděla převaha vládou jmenovaných komisařů, kteří poslušně na rozkaz odmávali Březovského, zatímco menšina farmaceutických expertů marně prosazovala do čela ústavu bývalého šéfa České lékárnické komory Stanislava Havlíčka. Takto už tedy prosím ne. To už by bylo lepší nechat v čele SÚKL nového šéfa „dočasně“ na ty čtyři roky.

Nejlépe se bude dařit krajským nemocnicím

Pomůže méně restriktivní úhradová vyhláška českým nemocnicím? Jak zaznělo na 2. ročníku Business snídaně pro odborníky ve zdravotnictví, kterou v Brně 11. února zorganizovala společnost Magnus Regio, někteří ředitelé se obávají regionálních disproporcí při financování zdravotních služeb.

Řada nemocnic stála loni na podzim před kolapsem. Letos by si měly díky nové úhradové vyhlášce přilepšit. „Ve srovnání s rokem 2013 do nich přiteče o 4 miliardy korun více,“ řekl vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění MZ ČR Jan Kvaček.

Někteří ředitelé se však obávají, že dopady úhradové vyhlášky pro tento rok neodpovídají struktuře nemocnic. „Jiný efekt bude mít v oblastech, kde je větší zastoupení oborových pojišťoven, jiný v těch, kde má dominanci Všeobecná zdravotní pojišťovna,“ obává se místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Lukáš Velev. Jedním z cílů nové vyhlášky je totiž i srovnání sazeb mezi zaměstnanec-kými pojišťovnami a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP), kte-

rá za stejnou péči platila na úhradách mnohem více.

To se ovšem má změnit. V oblastech, kde je více pojištěnců menších pojišťoven, by se tak mohly zvednout příjmy nemocnic více než tam, kde dominuje VZP. Podle Jan Kvačka ale vyhláška není koncipována tak, aby měla různý dopad na různé regiony. „Není ani pravda, že by byla nepříznivá pro menší a střední nemocnice,“ ohradil se.

Zdroje, které nejsou

Tuto tezi podpořil i ředitel VZP Zdeněk Kabátek. „Dělali jsme si modelaci ve spolupráci se všemi pojišťovnami. Mezi patnácti nejvíce rostoucími nemocnicemi je deset krajských. Nejvíce rostoucí není fakultní nemocnice, ale velice specializovaný ústav,“ argumentoval. Mezi nemocnicemi,

kteří se letos naopak dostanou pod úroveň vyhlášky z roku 2013, podle něj figuruje i jedna nemocnice fakultní.

Ředitel Kabátek varuje, že největším problémem nové úhradové vyhlášky je její příjmová část. Počítá totiž se zdroji, které se podle jeho názoru v očekávané výši nenaplní. Vliv na sestavování rozpočtů bude mít i výpadek příjmů z poplatku za hospitalizaci. Vláda navíc plánuje zrušit všechny poplatky, což vyvolalo v řadách ředitelů nemocnic kritickou odezvu. „Říkáme, že není dost peněz, a hrđinsky přitom rušíme poplatky,“ komentoval situaci ředitel Fakultní nemocnice Brno Roman Kraus.

Kompenzace poplatků

Klíčové přitom bude, jak hodlá nová vláda výpadek poplatků

poskytovatelům zdravotních služeb vykompenzovat. „Z médií zatím víme jen to, že nám politici poplatky zruší a že nám bude výpadek příjmů nějakým způsobem nahrazen. Tento mechanismus přitom ještě není nastaven,“ upozornil místopředseda AČMN Velev.

Podle Jan Kvačka z ministerstva zdravotnictví je však třeba si uvědomit, že peníze z poplatků nebudou chybět v systému jen letos, ale i každý další následující rok. „Jak jejich výpadek budeme nahrazovat v roce 2015? A jak dále? A budeme jej vůbec chtít kompenzovat?“ dodal Kvaček.

Nutná podpora DRG

Otázkou zůstává, kde vzít na kompenzaci výpadku příjmů z poplatků peníze. „Pokud chybějí prostředky, není tolik míst,

kde je lze získat. Buď víc zadlužíte stát, nebo zvednete daně, případně pojištění,“ vyjmenoval Jan Kvaček. Zejména poslední krok může vést k řadě problémů. „Každé navýšení pojištění znamená zdražení práce. Kdyby k tomu došlo, je otázka, jestli se rapidně nerozšíří takzvaný švarc systém,“ uvedl vedoucí odboru zdravotnictví Jihomoravského kraje Jan Čupera a dodal, že nelze řešit jen příjmovou stránku celého systému, ale je nutné ohlídat si také efektivitu využití peněz. Podle odborníků bylo dlouhodobě podfinancované například Národní referenční centrum, mezi jehož cíle patří zavádění klasifikačního systému DRG (jakožto úhradového mechanismu), revize seznamu výkonů nebo využití produkčních dat pojišťoven pro sledování kvality poskytované péče. „Zde je třeba vybojovat podmínky pro vyrovnání sazeb mezi pojišťovnami,“ uzavřel Jan Kvaček s tím, že kultivování DRG je nikdy nekončící práce, která by ovšem ve výsledku mohla českému zdravotnictví výrazně prospět.

Petra Klusáková

Nemocnice se bez bonusů a slev neobejdou, tvrdí ANČR

Nemocnice při současném nastavení systému úhrad zdravotní péče nejsou schopny udržet vyrovnané hospodaření bez peněz, které získávají z bonusů od dodavatelů zdravotnických prostředků. Shodli se na tom ředitelé velkých nemocnic sdružených v Asociaci nemocnic ČR (ANČR).

Výše úhrady lékařských a ošetrovatelských výkonů se řídí limity, které nastavují zdravotní pojišťovny, a rámcově pak úhradovou vyhláškou ministerstva zdravotnictví. Podle předsedkyně ANČR je však systém nastaven nespravedlivě a není zcela v souladu se zájmy pacientů i lékařů – tedy poskytovat dostupnou a kvalitní péči.

Nezanedbatelná kapka v moři

Aby toho nemocnice byly schopné, neobejdou se bez finančních zdrojů mimo systém veřejného zdravotního pojištění. Kromě bonusů a slev se mezi tyto prostředky řadí například i dary. Všechny tyto položky jsou podle ANČR řádně zaneseny do účetnictví nemocnice.

„Systém je nastaven tak, že čím více děláme, tím méně dostáváme zaplacené za odvedenou práci. Kritizované bonusy sice tyto

ztráty kompenzují jen z části, ale umožňují nám udržet hospodaření a přitom neodmítat pacienty, neprodlužovat objednávací doby, nerušit ztrátová pracoviště, nezkracovat mzdy, navíc nám umožňují financovat i zavádění nových metod,“ objasňuje význam tzv. zpětných bonusů šéfa ANČR a Fakultní nemocnice Plzeň Jaroslava Kunová. Bonusy podle ní představují jen relativně malý podíl na financování nemocnic, přesto však jsou pro ně v současné době zásadní.

Kromě transparentnosti nákupů zdravotnických prostředků také zdůraznila, že výnosy z bonusů jsou využívány výhradně k financování péče a služeb souvisejících se zdravotní péčí. Vedle toho prý umožňují pokrýt náklady spojené s výběrovými řízeními a uskládněním výrobků. „Pro tuto činnost je v každé nemocnici vyčleněno několik zaměstnanců na plný úvazek,“ dodala.

Standardní manažerský nástroj

Podle ředitele Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV)

Marka Zemana je systém natolik komplikovaný, že se v něm těžko orientují i lidé, kteří se v něm dlouhodobě pohybují.

Krizový štáb chce nechat nákupy prošetřit

Na téma nákupů v některých nemocnicích a spekulací ohledně možného zneužívání prostředků veřejného zdravotního pojištění zareagoval Krizový štáb nemocnic, odborů a pacientů a požádal ministra zdravotnictví o prošetření nákupů v některých nemocnicích.

Podle mluvčích krizového štábu Václava Krávy (NRZP) a Petra Fialy (AČMN) zveřejněné informace v deníku Dnes o nákupech léků v některých nemocnicích poškozují i ostatní nemocnice.

„Jsme znepokojeni informacemi o neprůhledných nákupech léků některými nemocnicemi. Zveřejněná praxe některých největších a nejlépe financovaných nemocnic diskredituje snahu ostatních nemocnic řešit propad ve financování nemocniční péče vzniklý v posledních letech,“ říkají mluvčí.

Krizový štáb proto požádal ministra zdravotnictví o prošetření popísaných skutečností, a pokud se domnívka o zneužívání zdrojů veřejného zdravotního pojištění potvrdí, tak i o předání konkrétních případů k šetření orgánům činným v trestním řízení.

Netransparentnost se nesmí vyplácet

„Plně chápeme, že ministr financí podmiňuje pomoc zdravotním pojišťovnám a jejich prostřednictvím nemocnicím průhledností toků pro-

„Cílem bonusů je zajistit zčásti nedostatečně financování kvalitní zdravotní péče v situaci, kdy dochází k trvalému podhodnocení plateb zdravotními pojišťovnami v rámci některých oborů,“ tvrdí. Bonusy podle něj významným způsobem řeší nelehkou finanční situaci nemocnic, která je zapříčiněna nejen poklesem příjmů od pojišťoven, ale také navýšením a změnou sazby DPH, vzrůstem cen energií, tlakem na růst platů – tedy zvýšením osobních nákladů a nezanedbatelným růstem cen energií. Dobrý manažer ▶

středků veřejného zdravotního pojištění, a žádáme vládu ČR o urychlené naplnění závazku ve vládě zúčastněných politických stran zajistit veřejný přístup ke všem smlouvám zdravotních pojišťoven, obsaženého v koaliční dohodě,“ uvedl krizový štáb ve svém prohlášení. Podle názoru jeho představitelů by v budoucnu zákon měl zneplatnit jakoukoli smlouvu umožňující nakládání s veřejnými prostředky, která nebude stanoveným způsobem zveřejněna.

(fkc)

Na množstevních slevách a bonusech nevidím nic špatného

Jak se na způsob nakupování léků a zdravotnických prostředků ve velkých nemocnicích dívá bývalý ředitel Fakultní nemocnice Ostrava a dnes již klíčový činitel ve zdravotnictví? Na obavy Krizového štábu nemocnic, odborů a pacientů reagoval pro magazín Zdravotnictví a medicína současný ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček, MBA.

Jak se ministerstvo zdravotnictví staví k aktuálně medializované praxi při nakupování zdravotnických prostředků ve velkých fakultních nemocnicích, tedy takzvaným zpětným bonusům?

Ministerstvo zdravotnictví nemůže reagovat na nekonkrétní informace z médií, které jsou někdy nepřesné a zavádějící. Slevy množstevní a za včasnou platbu patří ke standardním obchodním mechanismům; je u nich samozřejmě nutné dodržet všechna zákonná a daňová pravidla. Tyto příjmy jsou součástí transparentních pří-

jmů nemocnic, na tom opravdu nevidím nic špatného. Přesto se chystáme požádat přímo řízené organizace o informaci, zda se v této oblasti neděje něco nestandardního.

Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN), respektive Krizový štáb nemocnic, odborů a pacientů vás jako ministra zdravotnictví požádal o prošetření nákupů zdravotnických prostředků a léků - jak se k této výzvě postavíte?

Vaši otázku musím upřesnit, mluvčími Krizového štábu jsme byli požádáni o prošetření blíž

nespecifikovaných neprůhledných nákupů léků některými nemocnicemi. Bohužel, dotaz nebyl jakkoli konkretizován a neuváděl jedinou nemocnici, kde se má něco podobného dít. Požádali jsme je proto, aby svůj podnět více upřesnili.

Máte tedy nějaké signály o zneužívání zdrojů veřejného zdravotního pojištění v těchto zařízeních?

V tuto chvíli žádné takové poznatky nemáme, protože nikdo nekonkretizoval jediné zařízení, kde by tomu tak mělo být. Na obecné proklamace nelze reago-

vat. Přesto – jak už jsem říkal – požádáme přímo řízené organizace o informace.

Krizový štáb nemocnic dále apeloval na urychlené naplnění závazku zajistit veřejný přístup ke všem smlouvám zdravotních pojišťoven, což je současně uvedeno v koaliční dohodě. Kdy k tomu dojde a co je pro to ještě zapotřebí učinit?

Naše vláda se k tomuto závazku v programovém prohlášení, úkol bude řešen přípravou novel příslušných zákonů v rámci standardního legislativního procesu.



Foto: Anna Vacková/FEIS

Na transparentnosti finančních toků prostředků z veřejného zdravotního pojištění je závislá i finanční pomoc ministerstva financí zdravotním pojišťovnám. Jak je ministerstvo zdravotnictví daleko při snaze o naplnění požadavku ministra financí?

Toky financí z veřejného zdravotního pojištění jsou transparentní, o jejich detailech budu připraven informovat nejen ministra financí, ale celou vládu. Jen chci upřesnit, že o finanční stabilizaci zdravotnictví nebude rozhodovat jeden ministr, nýbrž vláda jako celek.

(fkc)

se těmto podmínkám musí umět přizpůsobit.

Podle Marka Zemana je bonus (nákupní sleva) standardní a především legální manažerský nástroj, který je využíván jak v soukromé, tak i veřejné sféře. Výše bonusů se řídí objemem dodávek, rovnoměrností odběru a lhůtami splatnosti. „Dalšími nástroji k udržení vyrovnaného hospodaření nemocnic jsou například krácení financí na údržbu, snížení výdajů na zdravotnický materiál a léky, omezování přijímání nových zaměstnanců či omezení rozsahu zdravotní péče,“ upozornil šéf FNKV, podle něhož nemocnice využívají tento manažerský nástroj od roku 2007, kdy nastoupil do funkce ředitele – od té doby jsou prý tyto zdroje součástí finančního plánu. „V žádném případě bonusy ve FNKV nejsou spojeny s využitím vlastních či externích subjektů jako mezičlánku pro zásobování nemocnice,“ zdůraznil ředitel Zeman.

Bonusy drží cenu dole

Podle ředitele Fakultní nemocnice Hradec Králové Romana Prymuly jsou prostředky v jím vedeném zařízení bezzbytku využívány v léčebně preventivní péči. „V podstatě ani nemáme jinou možnost. Tam, kde využíváme *outsourcing*, je naprosto minimální a souvisí bezprostředně s poskytováním péče – musíme vařit, prát a podobně. Je pravdou, že tyto bonusy do určité míry nahrazují dostatečné příjmy nemocnic, ale to není naším problémem – je to záležitost politická,“ poukázal na nedostatky systému profesor Prymula.

Ředitel hradecké fakultní nemocnice připomněl rovněž mezinárodní rozměr „bonusování“ a odkázal na analýzu Evropské unie z roku 2009. „Analýza ukazuje, že evropská zdravotnická zařízení po celé Unii proces bonusování naprosto běžně využívají,“ zdůraznil. Upozornil na skutečnost, že v EU platí volný pohyb zboží a příliš nízké ceny v jedné zemi by mohly ohrozit evropský koš, tedy průměrnou cenu. To je prý ostatně i důvod, proč se nadnárodní koncerny zdráhají snížit cenu pod pomyslnou akceptovatelnou hladinu. Pokud by prý k tomu byly nuceny, mohly by se z dané země stáhnout, což by pak mělo vliv na dostupnost určitého sortimentu. Bonusy podle Romana Prymuly umožňují řešit tento národní problém při současném zachování nízkých cen.

Filip Kút Citores

VZP vypátrala přes 30 milionů, porovnála data s finančním úřadem

Pojišťovna při prověřování podnikatelů, kteří na zdravotním pojištění neodvedli tolik peněz, kolik jim ukládá zákon pátrání, spolupracovala s finančními úřady. Loni vybrala na pojistném o 30 milionů korun víc.

„Žádná jiná zdravotní pojišťovna doposud takto aktivně za peníze určenými na veřejné zdravotní pojištění nešla,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý, který revizní činnost přirovnal k detektivní práci založené na jednoduchém principu. VZP porovnávala svá data, která má k dispozici o osobách samostatně výdělečně činných, s daty, jimiž disponují finanční úřady.

„Přibližně u 5 procent podnikatelů a živnostníků se ukázaly nejruznější nesrovnalosti. V některých případech se vysvětlily. Jindy se však potvrdilo, že například

podnikatel nebyl u VZP vůbec evidován jako OSVČ (pojistné za něj například platil stát) nebo vykazoval nižší pojistné, než kolik by podle zákona vzhledem k příznámým příjmům měl,“ uvedl mluvčí Tichý a pro naši redakci dodal: „Nejde o žádné peníze navíc, jen jsme našli něco, co před námi chtěli někteří podnikatelé ‚ulít‘. Peníze budou použity na úhradu zdravotní péče.“

Celkový přínos této kontrolní akce, kterou VZP loni provedla vůbec poprvé, byl vyčíslen na více než 30 milionů korun. Z toho přes 20 milionů již bylo skutečně dopla-

ceno na vyšším pojistném a přes 2 miliony připadá na uhrazené penále. Další více než 10 milionů bude postupně hrazeno ve splátkách. Vzhledem k úspěšnosti akce ji VZP zopakuje i v roce 2014.

Pilotní projekt upozorňování na dluh

„VZP nicméně usiluje především o to, aby se plátcí pojistného do problémů vůbec nedostávali. S tímto cílem například spustila v lednu projekt, v jehož rámci pomocí SMS zpráv či e-mailu upozorňuje na dluh klienty, kteří krátkodobě nezaplatili zdravotní

pojištění. Ti se díky tomu mohou vyhnout možnému nárůstu dlužné částky či penále,“ doplnil Oldřich Tichý. Po první etapě pilotní části už má projekt pozitivní výsledky. Prakticky obratem se tak podařilo získat více než 25 % z obesaných dluhů.

Od 17. února VZP tuto službu rozšířila na celý Středočeský, Ústecký a Liberecký kraj. Služba se zatím týká výhradně samoplátců pojistného, tedy osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů. V dalších etapách budou osloveni už i zaměstnavatelé. Reálné odhady počítají s tím, že by VZP takto mohla ročně získat 50 milionů korun. Ty by jinak musela zdlouhavě vyměřovat či vymáhat.

(klu)

Méně bakalářů, více magisterských a doktorských programů

Nový rektor Univerzity Karlovy Tomáš Zima na tiskové konferenci představil směr, kterým by se nejstarší česká univerzita měla v nejbližších čtyřech letech ubírat. Informoval také o novém složení kolegia rektora UK a o změnách ve vedení jednotlivých fakult.

Univerzita se zaměří především na zvyšování kvality a prestiže, co se týče pedagogických a vědeckých aktivit, a na posilování svého pozitivního obrazu u nás i v zahraničí. Základním úkolem je snaha o posílení financování vědecké práce a výuky. Obě složky spolu úzce souvisí, proto musejí být v harmonii.

Obří investice do vědy

„Zaměříme se na evropské projekty. V horizontu roku 2020 chceme vytvořit most UK – EU, připravit se na evropské a ostatní mezinárodní projekty,“ uvedl profesor Zima. Dvěma základními rolemi UK jsou vzdělávání a vědecká práce, k nim však patří také komunikace a odpovědnost vůči společnosti, aby univerzita objektivně informovala o problémech přírodních a humanitních věd v rámci široké informační platformy. Mezi nejdůležitějšími úkoly, které před UK stojí, rektor vyzdvihl rozvoj moderních výukových

a vzdělávacích programů a také výstavbu moderních prostor pro špičkovou vědu. V horizontu dvou let by UK měla dokončit investiční akce, jako je BIOCEV (vědecké centrum excelence v oblasti biotechnologií a biomedicíny, v jehož rámci UK spolupracuje s AV ČR), dále Univerzitní medicínské centrum, v němž bude sídlit pět teoretických ústavů LF UK v Plzni, a rovněž univerzitní kampus Lékařské a Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové MEPHARED, což přispěje k dalšímu rozvoji pedagogické a výzkumné činnosti.

Škodlivý trend masovosti

Trend masovosti ve vysokém školství, kdy si každý maturant může vybrat místo na VŠ, není podle nového rektora UK správný. Profil univerzity podle jeho slov bude zaměřen především na doktorské či magisterské studium, počet bakalářů se bude snižovat. Ve věcech financování půjde ve stopách svého předchůdce prof.

Václava Hampla. Nemůže být postaveno jen na počtu studentů, promítat se do něj musejí i kvalitativní parametry, je třeba se věnovat akreditačním programům, omezit množství administrativy a zkvalitnit systém kontroly. Rektor Zima v souvislosti s čerpáním evropských prostředků podotkl, že Praha je sice považována za bohatý region, to ovšem neplatí ve školství.

Univerzita se chce pod jeho vedením zaměřit na větší využití moderních technologií pro výuku. Dále chystá pořádání výstav v Karolinu, kde chce také otevřít muzeum Univerzity Karlovy. Do podzimu 2014 dojde i k modernizaci univerzitního knihkupectví v pražské Celetné ulici. Změnou projdou i koleje a menzy, kde je v rámci revitalizace kolejí plánována diverzifikace ubytování či proměna jeho části na byty pro mladé kolegy. Zpracovaná je již studie rekonstrukce kolejí Hvězda a Větrník.

Nový rektor zmínil rovněž ideu vytvoření spolku absolventů a přátel UK, kteří jsou aktivní ve svém oboru u nás i v zahraničí a jejichž názorů je v užitečné využití například v diskusích nad návrhy zákonů týkajících se univerzity a vysokého školství.

Markéta Míková



Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (47) je od 1. února 508. rektorem Univerzity Karlovy, jež 7. dubna oslaví 666. výročí svého založení. Univerzita má 17 fakult, na nichž studuje zhruba 52 tisíc studentů, z toho téměř 7500 zahraničních. | Foto: Leoš Chodura

V Sušici dvě akreditace během jednoho roku

Rok 2013 byl pro Nemocnici Sušice, o. p. s., obdobím velkých akreditačních aktivit. Během jednoho roku prošla úspěšně hned dvěma akreditačními řízeními.

Jednalo se o Audit II NASKL (Národního autorizačního střediska pro klinické laboratoře) a audit České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví (ČSAZ).

„Nemocnice Sušice je první zdravotnické zařízení poskytující akutní péči v Plzeňském kraji, kterému se to podařilo,“ uvedla Jana Svatošová ze zdejšího oddělení systému řízení kvality. „Audit II NASKL navázal na předcházející

Audit I, úspěšně realizovaný oddělením klinické biochemie a hematologie již v roce 2011.

Certifikát kvality a bezpečí České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví deklaruje, že zdravotní péče v sušické nemocnici je poskytována v souladu se zákonem o zdravotních službách a s vyhláškou o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče,“ dodala.

Očekávaný odraz kvality v úhradách péče

„Celý proces přípravy byl enormně náročný, jak pro vedení nemocnice, tak pro řadu zainteresovaných zaměstnanců,“ ocenil tehdejší ředitel nemocnice Jiří Šedivý při slavnostním předávání certifikátu v prosinci 2013. „Nezanedbatelná byla i finanční náročnost přípravy. Všichni věříme, že se jedná o smyslupnou



Bývalý ředitel nemocnice Jiří Šedivý a jednatelka ČSAZ Renata Podstatová. | Foto: archiv nemocnice

investici do budoucnosti nemocnice,“ dodal. Zaměstnanci podle jeho slov věří, že vysokou kvali-

tu zdravotních služeb poskytovaných v podhůří Šumavy zaregistrují i plátcí péče a do budoucna zohlední aktivity sušické nemocnice ve své smluvní politice a konečně i v úhradách.

Administrativní potvrzení vysoké kvality poskytovaných zdravotních služeb završila dlouhodobé úsilí vedení nemocnice i všech zaměstnanců, kteří společně definovali a realizovali standardizaci procesů vedoucích k maximální kvalitě a bezpečí léčebné a ošetrovatelské péče, jejichž cílem je spokojený pacient a stejně tak spokojený zdravotník. „Předemnou nyní leží úkol využít výstupů z průběžně prováděných kontrol a auditů tak, aby úroveň péče neustále rostla,“ uvedl v této souvislosti nový ředitel Vladimír Sloup, který Nemocnici Sušice vede od ledna 2014. **(klu)**

Nemocnice následné péče LDN Horažďovice obhájila potřetí

Certifikát kvality udělený Spojenou akreditační komisí, který deklaruje vysokou kvalitu péče o pacienty v celém zařízení, vlastnila nemocnice řadu let jako jediné zdravotnické zařízení v Plzeňském kraji. Letos přibýly další nemocnice. V Horažďovicích získali již třetí certifikát v pořadí.

„To, že jsme znovu obhájili akreditaci, neznamená, že jsme udrželi kvalitu péče z předchozího období. Požadavky jsou totiž stále vyšší tak, jak rostou nároky pacientů,“ uvedl ředitel horažďovické nemocnice Martin Grolmus. Jeho slova potvrdil ředitel Spojené akreditační komise (SAK) František Vlček: „Nemocnice se

stále rozvíjí, vylepšuje, pořízuje nové přístroje a hlavně se stará o to, aby se zde pacienti cítili co nejlépe. Svědčí o tom fakt, že zařízením jen za minulý rok prošlo více než tisíc pacientů. Veškeré dění v nemocnici sledujeme, a tak můžeme s klidným svědomím říci, že si drží svoji úroveň, a dokonce nastavený stan-

dard rok od roku zvyšuje,“ sdělil regionálnímu Deníku při předání ocenění.

Kvalitu zvyšuje porovnávání zařízení

Horažďovická nemocnice je jedním ze šesti zdravotnických zařízení, jejichž vlastníkem je Plzeňský kraj.

„Jsem rád, že nemocnice znovu obhájila svůj certifikát, a to i v době nepříliš příznivé pro zdravotnictví. Přes všechny krize a ekonomické problémy udrželi svůj chod, modernizují se, rozšiřují služby i kvalitu péče a hlavně udrželi vyrovnané hospodaření, což se dnes jen tak nevidí,“ řekl náměstek hejtmána Plzeňského

kraje pro oblast zdravotnicí a sociální péče Václav Šimánek.

Jak dodal ředitel Grolmus, nároky na zlepšení péče se nezávazně zvýšily také v souvislosti s otevřením nového monobloku nedaleké Klatovské nemocnice. „Pacienti porovnávají služby nemocnic. Naším pacientům už nestačilo jen nové hřiště, bazén či rehabilitační centrum. V nemocnici máme například 12 pokojů s vlastním WC a sprchou. Ostatní pacienti musejí využívat společné zařízení na chodbě, což chceme v zájmu dalšího zkvalitnění služeb také změnit. Letos a během příštího roku proto sociální zařízení vznikne na osmi dalších pokojích,“ uzavřel ředitel.

(red)

Obnovená akreditace léčebny potvrdila, že kvalitní péče je možná i v době krize

Léčebna pro dlouhodobě nemocné Dům ošetrovatelské péče v Dolním Rychnově prošla již potřetí akreditací Spojené akreditační komise ČR a obhájila tak národní certifikát kvality poskytované péče. Léčebna certifikátem garantuje kvalitu a bezpečí pacientům.

Nynější „zkoušky ohněm“ si vedení léčebny cení snad nejvíce, neboť se uskutečnila v době ekonomické nejistoty. „Akreditace probíhala podobně jako před třemi roky. Inspektoři se věnovali vnitřním dokumentům, směrnícím, předpisům a zdravotnické dokumentaci. Navštívili veškeré provoz – zdravotní lůžka, prádelnu, úklid, stravování, kotelnu, zabývali se bezpečností práce či nakládáním s odpady. Ptali se pracovníků a sledovali je při práci, ptali se i pacientů, jak

jsou spokojeni,“ přiblížila ředitelka léčebny Magdaléna Radošová. Během auditu je v léčebně sledováno plnění standardů kvality, například v oblastech řízení kvality, v diagnostice či v péči o pacienty. Auditóři se také důsledně věnují veškerým vnitřním předpisům zařízení a zdravotnické dokumentaci. O úrovni péče rozhoduje i přístup personálu – zda jsou dodržována práva pacientů, zda léčebna zjišťuje jejich spokojenost a stejně tak i spokojenost zaměstnanců.

Důraz na kvalitu zde byl od počátku

„Přes krizi ve zdravotnictví, která dopadla i na naši léčebnu a kladla nám na cestě k rozvoji kvality překážky, jsme se rozhodli akreditační proces znovu podstoupit,“ uvedla Magdaléna Radošová, která má za to, že to bylo dobré rozhodnutí. „Kromě důkazu kvality a bezpečí pro naše pacienty akreditace pro nás a pracovníky znamenala povzbuzení, že i v nelehké době je možné pracovat kvalitně

a poskytovat pacientům důstojnou péči v přátelském prostředí,“ dodala ředitelka.

Dům ošetrovatelské péče v Dolním Rychnově jako první samostatná léčebna pro dlouhodobě nemocné v České republice získal akreditaci už v roce 2007. Jak ale současná ředitelka dodává, o rozvoj kvalitní péče se léčebna snažila mnohem dříve. „Už od založení léčebny pro dlouhodobě nemocné její tehdejší ředitelka Maria Scholzová dbala o kvalitu a rozvoj po-



Primář Jiří Zelenka, ošetrovatelka Lucie Hamplová a sestra Lenka Fischerová. | Foto: archiv léčebny

skytované péče. Zejména kladla důraz na přístup k pacientům. Pacienti byli převlékáni do denního oblečení, ředitelka zavedla neomezenou návštěvnost, snažila se o vytvoření domácí atmosféry a zapojení rodin pacientů do dění v léčebně,“ připomněla Magdaléna Radošová. **(klu)**

Jihomoravský kraj chce investovat do záchranné služby

Jihomoravský kraj by mohl získat až 45 milionů korun díky mimořádné výzvě pro dotace z evropských fondů. Tu údajně nyní připravuje nová vláda. Realizována by podle hejtmána mohla být v dubnu. Investice by směřovala do nových sanitek i aplikací do telefonů.

Aut je dostatek, je však potřeba jejich obměna

Záchranná služba jihomoravského kraje má více než třetinu vozů starších deseti let, proto obměna

vozového parku vítá. „Provozujeme 91 vozidel, z toho 80 sanitních v aktivní službě. Vzhledem k enormním nárokům na výkon a provozní vlastnosti dosahuje je-

jich životnost v Brně zhruba sedmi let, během nichž najedou asi 220 tisíc kilometrů. Na venkovských základnách je životnost o rok dva delší, přičemž vozy na-

jezdí 250 až 280 tisíc kilometrů,“ uvedla mluvčí jihomoravských záchranářů Barbora Zuchová. Podle mluvčí má jihomoravské záchranná služba sice aut dostatek, je však potřeba je neustále obměňovat. Výjimkou ve vozovém parku údajně nejsou ani auta, která mají najeto přes 300 tisíc kilometrů. Jedna nevybavená sanitka přitom stojí okolo 2 milionů korun.

Mobilní aplikace

Rada Jihomoravského kraje také schválila nový investiční záměr záchranné služby. Ta chce pořídit speciální aplikaci do mobilních telefonů. Sloužila by jako edukativní pomůcka, ve druhém

režimu pak také jako spojení se záchrannou službou v případě krizové situace. Aplikace by rovněž v případě krizového užití vyslala záchranářům GPS lokaci svého majitele. Kraj chce projekt financovat z dotací ze státního rozpočtu. Proto již schválil podání žádosti o dotaci 2,4 milionu korun z celkových nákladů ve výši 3 miliony korun.

„Mobilní aplikaci si bude moci stáhnout zdarma každý obyvatel do svého chytrého telefonu. Kdykoli z ní pak lze získat potřebné informace v krizových situacích. Jednoduchým stiskem tlačítka se může spojit s operačním střediskem záchranářů, při telefonickém spojení odeslat údaje o své poloze, obrázek krizové situace, komunikovat při různých osobních omezeních nebo najít cestu k nejbližšímu automatizovanému defibrilátoru, který by mohl použít v případech, než dojedou na místo mimořádné události zdravotníci,“ uvedl hejtmán kraje Michal Hašek.

Pokud se projekt osvědčí, chce jej hejtmán nabídnout i dalším regionům. (iso)

Centralizace KKN za 144 milionů, možná zde vznikne i nová fakulta

Zastupitelé Karlovarského kraje odsouhlasili záměr podat žádost o dotaci na centralizaci Karlovarské krajské nemocnice. Regionální operační program (ROP) Severozápad by mohl přispět až 101 miliony, zbývající část by doplatil kraj.

Nemocnice má v plánu opustit pavilony ve spodní části areálu, které jsou v nevyhovujícím stavu, přestěhovat pracoviště do hlavní části areálu a propojit je s novým pavilonek centrální medicíny.

část pavilonu B. Vedení Karlovarské krajské nemocnice připravuje strategii budoucí podoby krajských nemocnic v Chebu a Karlových Varech, změny plánuje také společnost Nemos, která provozuje nemocnice v Ostrově a Sokolově. O konečné podobě centralizace tedy zatím není rozhodnuto.

(New European Surgical Academy) založení soukromé lékařské fakulty přímo v Karlových Varech. Ředitel nemocnice Petr Svoboda uvedl, že němečtí a britští odborníci, kteří za projektem stojí, zvažovali umístění fakulty také do Londýna či Vídně. Největší překážkou v realizaci projektu je údajně nedostatek vyučujících odborníků. Studijním jazykem na fakultě by byla angličtina, praxi by medicí absolvovali v karlovarské nemocnici. (iso, ČTK)

Nová strategie

Jedním z hlavních důvodů centralizace prostor nemocnice je úspora provozních nákladů. Do projektu by měla být zahrnuta například i přístavba jednoho patra pro infekční oddělení nemocnice nad

Nová soukromá lékařská fakulta

Za spolupráce Karlovarské krajské nemocnice zvažuje akademie NES

Novým ředitelem Oblastní nemocnice Trutnov je Roman Koudele

Představenstvo nemocnice potvrdilo jmenování ředitelem fyzioterapeuta a lékaře Romana Koudeleho. Královéhradecký kraj také vypsál výběrové řízení na ředitele zdravotnického holdingu.

Roman Koudele by měl na místo ředitele nastoupit nejpozději 1. března.

Nový ředitel do nového

Krajská radní pro zdravotnictví Jana Třešňáková uvedla, že nový ředitel byl vybrán z devíti uchazečů. Roman Koudele nahradí dočasnou ředitelku Danu Kracíkovou, která současně řídí i Oblastní nemocnici v Jičíně. Nový ředitel přichází se Státních léčebných lázní Janské Lázně, kde dlouhodobě působil ve vedení. Trutnovská nemocnice prošla během loňského léta částečnou mo-

dernizací například v případě gastroenterologického pracoviště interního oddělení. Byla také zařazena nejstarší budova. Stavební práce vedl a financoval Královéhradecký kraj, do jehož zdravotnického holdingu trutnovská nemocnice patří.

Nemocnice ve ztrátě a výběrové řízení

Kraj vypsál výběrové řízení také na ředitele Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje, který kromě Oblastní nemocnice Trutnov řídí rovněž Oblastní nemocnici Náchod a Jičín a Městskou nemoc-

nicí Dvůr Králové nad Labem. Nový ředitel by mohl nastoupit v dubnu. Kraj si klade za cíl dosáhnout vyrovnaného hospodaření nemocnic, jejichž ztráta je zhruba 320 milionů korun. Představitelé kraje to uvedli na tiskové konferenci.

Zájemci o post ředitele holdingu mohou posílat přihlášky do 21. března. Spolu s přihláškou by měli předložit i koncepci budoucího hospodaření holdingu na příštích pět let. V plánu je také centralizace a sjednocení řízení všech krajských nemocnic. Kraj letos přislíbil příspěvek na jejich provoz 176 milionů korun. (iso, ČTK)

Krajská zdravotní dostala další pokutu od ÚOHS

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) uložil v prvostupňovém rozhodnutí pokutu Krajské zdravotní ve výši 600 tisíc korun. Došel totiž k závěru, že akciová společnost porušila zákon o veřejných zakázkách. Krajská zdravotní zatím nepodala rozklad.

Zákon měl být porušen v případě nákupu zdravotnických přístrojů pro traumatologické centrum a onkologické centrum Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

nejvhodnější nabídky,“ uvedl anti-monopolní úřad ve svém vyjádření.

Neoprávněně požadavky

Další chybou zadavatele podle ÚOHS bylo, že v obou zakázkách požadoval v rámci prokázání technických kvalifikačních předpokladů po uchazečích předložení konkrétního certifikátu o zavedení systému řízení jakosti a doklad prokazující zavedení systému managementu bezpečnosti informací v organizaci. Tyto požadované dokumenty přitom nepatří mezi certifikáty, které zadavatel může podle zákona požadovat. I tento postup mohl podle mínění ÚOHS ovlivnit výběr nejvhodnější nabídky vzhledem k tomu, že z 15 zájemců o zakázku nakonec podal svou nabídku pouze jeden uchazeč, který byl také nakonec Krajskou zdravotní vybrán. (iso)

Špatně zadané výběrové řízení

Podle ÚOHS se společnost dopustila celkem čtyř správních deliktů ve dvou vyhlášených projektech. V zakázkách údajně nebyly vymezeny podmínky v hodnotícím subkritériu určujícím náklady na údržbový servis za rok. „Rovněž vybraný uchazeč ve své nabídce uvedl pouze částky, za něž bude údržbový servis provádět, avšak servisní úkony nijak nespécifikoval. Krajská zdravotní se tak dopustila porušení zásady transparentnosti, když předmět obou zakázek nevymezila v podrobnostech nezbytných pro zpracování nabídek. Tímto postupem mohl být ovlivněn výběr

Třetí Běčko v ředitelském křesle a miliarda, kterou nikdo nehlídá

Měsíc únor je v sudých rocích pro ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) velmi rizikový. Minimálně tedy pro poslední dva ředitele.

V roce 2012 odvolal ministr Heger tehdejšího ředitele SÚKL Martina Beneše. Důvody pro odvolání nijak nekonkretizoval, ale v médiích se spekulovalo o pomalém průběhu revizí úhrad léčiv a také o problémech s centrálním úložištěm elektronických receptů a o podivném financování IT zakázek.

Méně často byla zmiňována nedostatečná ochrana osobních a citlivých dat pacientů, respektive absence souhlasu k jejich shromažďování. S nějakými souhlasly si ředitel Beneš ostatně hlavu nedělal, za což mu (respektive SÚKL) Úřad pro ochranu osobních údajů vyměřil pokutu 2,3 milionu korun. Ani pokuta pravděpodobně nebyla důvodem k odvolání.

Jednou z posledních kapek, kterými přetekl pohár trpělivosti ministra Hegera, byla urputná snaha ředitele Beneše za každou cenu prolobovat změny zákona o léčivech, tak trochu proti vůli a snaze ministerstva. Tenkrát je ve zdravotním výboru načetl poslanec Šnajdr, se kterým byl pan ředitel Beneš „zadobře“ už z doby jeho náměstkování na ministerstvu, tedy z doby, kdy se velké peníze rozdělávaly právě na IT zakázku na vybudování centrálního úložiště.

Rozpoznatelný rukopis

V roce 2014, shodou okolností také v únoru, odvolal ministr Němeček z funkce ředitele SÚKL Pavla Březovského. Zveřejněné důvody prakticky totožné – pomalá rychlost revizí, neplnění termínů a podivnosti při financování aktivit SÚKL. Ale to jsou bolesti, které „trápí“ SÚKL dávno, skutečné důvody zřejmě zůstanou v rovině spekulací.

Možná – a to je ryzí spekulace – k odvolání Pavla Březovského přispěla i návštěva Marka Šnajdra na SÚKL v prosinci loňského roku. Trochu prý se neshodli ohledně Šnajdrovy intervence k řešení IT zakázek. A ke spekulativním odpovědím svádí i návrat Martina Beneše do středu dění kolem lékové politiky, i když v trochu jiné roli. Vrabci na střeše – ale hlavně sám Martin Beneš – už vykřikují do světa, že jeho dalším angažmá bude role poradce pro lékovou politiku na ministerstvu zdravotnictví. A je to celkem logické, protože jeho rukopis byl patrný z vyjádření, jimiž se současný ministr Němeček prezentoval před a po volbách 2013.

Apoštol svatě verze elektronizace

Novým ředitelem SÚKL je Zdeněk

Blahuta, kterého ministr uvedl do funkce jako člověka se selským rozumem, doposud nsvázaného s touto institucí. Jenže selský rozum bude muset stačit, s touto neprovázaností to totiž není úplně tak, jak pan ministr prezentuje. Když v roce 2010 Zdeněk Blahuta prodal obě lékárny (jednu řetězci Dr. Max), ztratil díky tomu také angažmá v jednom z virtuálních řetězců lékáren a oslabila i jeho pozice v představenstvu České lékárnické komory, kam nastoupil z pozice náhradníka v dubnu 2010. Nabídku Martina Beneše přijal už v srpnu 2010 a v září nastoupil na SÚKL, kde jako apoštol svatě verze Benešovy elektronizace projížděl republikou s krásnou prezentací budoucích výhod elektronického předpisu.

A právě „přátelství“ s Martinem Benešem je možná pravý důvod jeho současného jmenování. Protislužbou je zatím zprostředkované vyřizování si účtů s partou ministerských úředníků, které Beneš nerad a kteří se tak trochu hamižně v mezidobí přesunuli z ministerstva na SÚKL. Asi by ale nevydrželi o moc déle ani na ministerstvu, kam se personální čistka dozorovaná „poradcem“ Benešem přesune hned po vyčištění SÚKL. Pokud se toματο „poradci“ podaří nepatrně ovlivnit i personální výměnu na ministerském odboru farmacie, stane se odvolací řízení proti rozhodnutím SÚKL spíše parodií.

Strom poznáš po ovoci

Jako první, hned po odvolání náměstků a řady dalších pracovníků z ministerské party, oznámil ředitel Blahuta provedení forenzního auditu k nakládání s veřejnými prostředky. Jestli má ještě jiná zadání, například vhodně interpretovat obvinění vytvořená týmem odvolaného ředitele Březovského proti bývalému řediteli Benešovi, se nejspíš nikdy nedozvíme. Ale bude platit více než jindy Matoušovo: „Stromy poznáš po ovoci, lidi podle skutků.“ Asi nebude tak statečný, aby zveřejnil výsledky podobného au-



Martin Beneš. | Foto: Martin Pinkas/Euro

ditu, jaký na jaře minulého roku ukázal, jak nezodpovědně nakládal s veřejnými prostředky bývalý ředitel Beneš. Rád bych si totiž potvrdil hypotézu, že Martin Beneš svým přístupem, kdy neplatil licenční poplatky za databázový systém Oracle, plánované a cíleně vystavil SÚKL do prakticky výhradní závislosti na jednom dodavateli IT řešení – Vítkovice IT Solutions.

Jenže on možná žádný audit nakládání s veřejnými prostředky neprokáže nic zajímavého, možná milion sem, milion tam. To důležité, kvůli čemu se kolem SÚKL vedou takové tanečky, totiž tak nějak náhodou veřejné pro-

středky nejsou. Nejde o nic jiného než o 600–700 milionů korun, které SÚKL inkasuje jako náklady na úhradu řízení a neodvádí je do státního rozpočtu. Jestli – nebo lépe až – SÚKL po schválení novely zákona o zdravotnických prostředcích začne vybírat poplatky za úkony související s těmito prostředky, naroste částka „neveřejných“ financí na SÚKL na více než miliardu korun ročně. A miliarda korun, kterou nikdo nehlídá, pro tu už se vyplatí dosadit na SÚKL poslušného a ještě poslušnějšího ředitele.

Mgr. Josef Borovský
4.12.JoB@gmail.com



Pavel Březovský. | Foto: archiv SÚKL

Smrtící injekce pro děti?

Belgičtí poslanci schválili eutanazii pro nevléčitelně nemocné děti bez omezení věku – jako první na světě. Zákon prošel velkou většinou.

Jako ředitel hospice se denně setkávám s umírajícími. Setkal jsem se se stovkami, tisíci umírajících lidí. Mohu vydat svědectví, že při současných možnostech medicíny nikdo (!) nemusí trpět nesnesitelnou bolestí. Veřejně a zodpovědně prohlašuji, že eutanazie je zlo. Společnost ji nepotřebuje. Potřebuje kvalitní paliativní péči o těžce nemocné. V hospicích to jde – nikdo netrpí nesnesitelnou bolestí, za každých okolností je zachována lidská důstojnost

a člověk v posledních chvílích není sám! Paliativní péče o nevléčitelně nemocné nejen účinně pomáhá umírajícím, ale též zušlechťuje eutanazie je rezignací na péči, lásku, obět a odpovědnost, bere nádej a buduje nicotu. Přijetím eutanazie společnost hubí sama sebe.

PhDr. Robert Huneš
ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s.
viceprezident Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
člen Etické komise MZ ČR

Rozdíl mezi lékárnou a pekárnou

Otevřený dopis prezidenta České lékárnické komory senátorovi prof. MUDr. Janu Žaloudíkovi, CSc.

Vážený pane senátore, dovoluji si Vás svým dopisem veřejně oslovit v souvislosti s Vaším vystoupením ve večerní zpravodajské relaci „Události, komentáře“ vysílané na ČT24 dne 4. 2. 2014 od 22 hodin. Dovolte mi, abych Vám, jakožto zdravotnickému expertovi, vysvětlil rozdíl mezi výdejem léků, individuální přípravou léčivých přípravků v lékárnách (včetně parenterálních pro onkologické pacienty) a Vámi zmiňovaným prodejem rohlíků. Kdybyste se nechal provést lékárnou Vašeho domovského Masarykova onkologického ústavu, pochopil byste rozdíl mezi prodejnou rohlíků a lékárnou sám již dříve.

Na evropské špičce

Lékařna je zdravotnické zařízení s velmi přísně nastavenými a kontrolovanými pravidly provozu. Jejím úkoly jsou mimo jiné zajišťování hromadně vyráběných i individuálně připravovaných léčiv pro pacienty a lékové konzultace s pacienty i lékaři. Těmto a mnoha dalším činnostem vedoucím především k zajiš-

tění kvalitní a bezpečné léčby pacientů se věnují univerzitně vzdělaní lékárníci a kliničtí farmaceuti, bez nichž byste ani Vy, ani ostatní lékaři nemohli být tak úspěšní v léčbě pacientů. Základem úspěšné léčby je spolupráce všech zdravotnických odborníků, nikoli jejich veřejná dehonestace, která ve svém důsledku snižuje i důvěru pacientů ve zdravotnictví. Ubezpečuji Vás, vážený pane senátore, že poskytovaná lékárenská péče je kvalitní a přes značnou komercializaci zdravotnictví se české lékárny dostaly na evropskou špičku. Nejen svým vzhledem a prostředím, ale především rozšiřující se paletou svých odborných aktivit. Stále více lékáren poskytuje svým pacientům nadstandardní odborné služby, přestože dosud nejsou hrazené zdravotními pojišťovnami. Rozšiřuje se také konzultační činnost zaměřená na zdravý životní styl či eliminaci škodlivých návyků (příkladem může být pro-



PharmDr. Lubomír Chudoba
prezident ČLnK

gram pro odvykání kouření). V rámci účelné farmakoterapie pak lékárny svým pacientům nabízejí vedení tzv. lékových záznamů, které lékárníkům umožňují vyhodnocovat správnost kombinací a dávkovací schémata léčiv na lékař-

ský předpis i volně prodejných. Důkazem vývoje českého lékárenství dále mohou být například pracoviště pro centralizovanou přípravu cytostatik, jejichž odborná úroveň je uznávána i kolegy ze „starých“ zemí EU.

Podstatná položka

Nemůže Vás proto překvapit, že stejně jako ostatní segmenty poskytovatelů zdravotní péče požadujeme kompenzovat předpokládaný výpadek příjmů ze zrušení regulačních poplatků za recept. Ty totiž představují pro lékárny – nemocniční nevyjímaje – vzhledem ke stále se zvyšujícím nákladům na provoz podstatnou příjmovou položku. Zásadně od-

mítám demagogická tvrzení, že tento poplatek lékárny nepotřebují, když prý mohou pacientům poskytovat „bonusy“. Je pravda, že s touto praxí a s posvěcením politiků začali někteří provozovatelé obcházet platný zákon a ostatní se pak v některých lokalitách museli v reakci na agresivní marketing přidat. To však současně znamená, že omezili investice do provozu lékáren na minimum, což je ovšem v dlouhodobějším horizontu zcela neudržitelné řešení.

Opakovaně také poukazujete na – podle Vašeho mínění – vysoké ceny léků. Bohužel se i v tomto zásadně mýlíte. V České republice jsou ve skutečnosti prokazatelně jedny z nejnižších cen léků v zemích EU; to je také důvodem masivních reexportů s následným nedostatkem některých léčiv na našem trhu. Je třeba rozlišovat mezi spoluúčastí pacienta (která je dána rozdílem mezi celkovou cenou léku a jeho úhradou) a celkovou cenou léku. Ve skutečnosti tedy nejde o vysoké ceny léků, jak je velmi často účelově tvrzeno z různých stran, ale o neustá-



Foto: Tomáš Novák/Euro

lé snižování úhrad zdravotních pojišťoven a naprosto nefunkční nastavení tzv. ochranného limitu pro spoluúcast pacientů.

Vážený pane senátore, vše výše uvedené jsem připraven Vám dořadit na osobní schůzce. Rád přispěji k hledání skutečných a systémových řešení, která povedou k dalšímu zvýšení kvality poskytované lékárenské péče s jednoznačným benefitem pro naše pacienty.

v úctě

PharmDr. Lubomír Chudoba
prezident České lékárnické komory

(mezititulky redakce)

Zdravotní knížky – jeden z nástrojů v konkurenčním boji pojišťoven

Elektronické zdravotní knížky se stále jasněji stávají nástrojem konkurence mezi zdravotními pojišťovnami. Pojišťovny lákají pojištěnce, když jim poskytují užitečnou a prospěšnou službu – přístup k informacím o jejich zdravotním stavu i o jejich pojištění. A funguje to.

Ve roce 2010 měla VZP ČR o více než 235 tisíc pojištěnců více, než předpokládala, a to právě díky tomu, že nabízela službu elektronických zdravotních knížek. Hovoří o tom i výroční zpráva VZP ČR pro rok 2010, kde se píše následující: Pojišťovně se podařilo poprvé v její historii udržet počet pojištěnců. Velký počet jich byl získán zejména akvizicemi spojenými s projektem elektronických zdravotních knížek a projevil se zde i nový klíčový orientovaný přístup. Nárůst počtu pojištěnců ve srovnání se zdravotně pojistným plánem pro rok 2010 byl rozhodující pro překročení tvor-

by základního fondu zdravotního pojištění také v okamžiku, kdy i za této situace poklesla oproti roku 2009 částka předpisu pojistného ze všeobecného zdravotního pojištění o 1,3%, a v porovnání s rokem 2008 dokonce o 1,8%. (Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR 2010, kap. 5.1 Základní fond zdravotního pojištění, str. 28)

Zaměstnanécké pojišťovny vracejí úder

To se pochopitelně nelíbilo za-



MUDr. Milan Cabrnova
poslanec
Evropského parlamentu

městnaneckým zdravotními pojišťovnám, které tyto pojištěnce ztratily nebo přinejmenším nezískaly – na rozdíl od předchozích let (v letech před rokem 2010 VZP pojištěnci vždy ubyli a zaměstnaneckým pojišťovnám přibyli). Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny záhy

přicházejí se svými elektronickými zdravotními knížkami, velmi zřetelně inspirovanými právě řešením VZP známým jako IZIP. Tyto knížky, například Karta života

či mVítakarta, postupně přinášejí podobné služby jako zdravotní knížka IZIP VZP.

Elektronická zdravotní knížka je správné a užitečné řešení, které přináší vyšší kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Díky transparentnosti umožňuje efektivněji využívat nejen finanční zdroje, účinně brání plýtvání, dovoluje pacientovi aktivně se podílet jak na péči o vlastní zdraví, tak na kontrole zdravotního pojištění.

Správnou cestou je propojení

Správnou cestou by mělo být propojení elektronických zdravot-

ních knížek všech zdravotních pojišťoven tak, aby s nimi lékaři, lékárny a další mohli pracovat bez ohledu na to, u které pojišťovny je jejich pacient zrovna pojištěn (podobně jako můžeme volat z mobilu na mobil bez ohledu na to, u kterého operátora klient je). Takové propojení musí podpořit a koordinovat stát. Součástí správného řešení je pozitivní motivace zdravotnických zařízení k práci s elektronickou zdravotní dokumentací.

Namísto toho však zdravotní knížky slouží jako nástroj konkurence. Zatímco VZP svou úspěšnou a ověřenou konkurenční výhodu systematicky likviduje, šikovnější zaměstnanecké pojišťovny ji rozvíjejí a využívají. Není žádným překvapením, že VZP opět pojištěnci ubývají a její dluhy rostou.

Belgie legalizovala eutanazii u dětí

Bouřlivé debaty provázely schvalování zákona, jímž belgičtí poslanci umožnili provést asistovanou sebevraždu u smrtelně nemocných dětí. K hlasitým kritikům legislativy patří i tamní lékaři.

Eutanazie je v zemi u dospělých povolena již 11 let. V roce 2012 ji podle oficiálních statistik využilo 1432 pacientů v terminálním stadiu onemocnění (nejčastěji zvolili k odchodu ze života smrtící injekci aplikovanou lékařem). Oproti roku 2011 to znamenalo 25% nárůst. Většina pacientů, kteří se k eutanazii odhodlali, byla starší 60 let a trpěla nevyléčitelným onkologickým onemocněním.

Zákon umožňující eutanazii u dětí již loni v prosinci schválil belgický senát. Asistovanou sebevraždu je podle něho možné provést pouze tehdy, je-li dětský pacient schopen pochopit význam eutanazie a je dostatečně vyspělý, aby se pro ni mohl rozhodnout. S jeho žádostí musejí souhlasit rodiče či opatrovníci a tým lékařů. Dítě musí být v terminálním stadiu nemoci, která mu způsobuje utrpení, jež není možné zmírnit dostupnými medicínskými prostředky.

Zákon byl schválen poměrně jednoznačně – 86 poslanců hlasovalo pro, 44 proti a 12 se hlasování zdrželo.

Příliš rychlé přijetí?

Rozšíření práva na asistovanou sebevraždu i na pacienty mladší 18 let věku sice podle posledních průzkumů veřejného mínění podporují tři čtvrtiny Belgičanů, proti jeho schválení se však zformovala silná opozice tvořená především lékaři a zástupci náboženských organizací. 160 pediatriků žádalo v otevřeném dopise poslance, aby alespoň odložili účinnost zákona, a varovalo, že dětem chybí schopnost správně pochopit a posoudit eutanazii.

„Z řad laické ani odborné veřejnosti nebyl vyvíjen tlak na uzákonění možnosti eutanazie pro děti,“ je přesvědčen prof. Stefaan Van Gool, který se specializuje na léčbu dětských pacientů s onkologickým onemocněním v univerzitní nemocnici v Lovani. „Není nutné, aby byl zákon přijat a uveden v účinnost tak rychle,“ zdůraznil.

Utrpení nemá věkový limit

Křesťanskodemokratická poslankyně Mia De Schamphelaere, jejíž strana hlasovala proti přijetí

legislativy, obvinila poslance podporující kontroverzní zákon, že ignorují medicínské i etické stránky věci kvůli „znepokojující ideologické tvrdohlavosti“. „Je zarážející, kolik spěchu a jak málo zvažování provází tak závažnou věc, která se doslova týká života a smrti,“ uvedla před jednáním parlamentu.

Liberální poslanec Jean-Jacques De Gucht patří k dlouhodobým zastáncům dětské eutanazie však s odkladem platnosti zákona nesoouhlasí. „Návrh je příliš důležitý na to, abychom jej zdržovali. Debata o něm probíhala dlouhodobě a odpovídala závažnosti tématu. Je třeba si uvědomit, že pro lidské utrpení neexistuje věkový limit, a proto chceme přijít s řešením. Každý si k němu může zvolit svůj postoj,“ uvedl Jean-Jacques De Gucht.

Alternativou paliativní péče

Několik dnů před klíčovým hlasováním se v otevřeném dopise postavilo proti legalizaci eutanazie u dětí také 58 členů Parlamentního shromáždění Rady Evropy,

kteří obvinili belgické zastánce této legislativy, že „prosazují nepřijatelnou představu o bezcennosti lidského života, což je v rozporu se samotnými základy civilizované společnosti“. Debata provázející přijetí zákona spojila i belgické křesťany, muslimy a židy, jejichž představitelé sestavili společně prohlášení, ve kterém vyjádřili „zklamání a lítost nad návrhem zákona“ a vyjadřují přesvědčení, že utrpení nevyléčitelně nemocných dětí může být zmírněno pomocí paliativní péče. „Chápeme utrpení a bezmocnost rodičů, jejichž dítě se potýká s bolestí a umírá příliš brzy. Děti nesmějí být vystaveny utrpení a moderní medicína má prostředky k jeho utišení,“ píše se v prohlášení.

Odejít, dokud jsem člověk

Dětská eutanazie má ovšem zastánce i mezi zdravotníky – byla to právě skupina 16 lékařů, která loni v listopadu vyzývala zákonodárce, aby potřebnou legislativu urychleně přijali. Pediatri univerzitní nemocnice v Bruselu Gerland van Berlaer argumentuje, že zákon stanovuje pro provedení eutanazie u dětí tak přísné a specifické podmínky, že bude aplikovatelný pouze na několik teenagerů v terminálním stadiu onkologického či jiného onemocnění.

„Mluvíme tu o dětech, které jsou doslova na konci svého života. Nemají roky ani měsíce, stejně by zemřely,“ je přesvědčen lékař. „Proba, s níž se na nás takoví pacienti obracejí, zní: „Nenechteje mě odejít v tak hrozném stavu, nechteje mě zemřít, dokud jsem ještě lidská bytost a mám svou hrdost,“ pokračuje dr. van Berlaer.

Otázky a kontroverze

Odpůrci eutanazie rovněž pouka-



ilustrace foto: Shutterstock

zovali na některé kontroverzní případy, k nimž v posledních letech došlo. Minulý rok média přinesla příběh 44letého Nathana (původně Nancy) Verhelsta, kterému byla umožněna eutanazie poté, co prodělal podle svého názoru nepovedenou operaci změny pohlaví, s jejímž výsledkem se nedokázal smířit. Koncem roku 2012 pak eutanazii jako odchod ze života zvolila 45letá hluchá dvojčata v Marcu Eddy Verbessemové poté, co jim lékaři sdělili, že oslepnou.

Eutanazie s asistencí lékaře je povolena ve 4 evropských zemích – Švýcarsku, Nizozemsku, Belgii a Lucembursku. Nizozemsko jí navíc povoluje od 12 let věku. I zde se objevily některé případy vyvolávající znepokojení části laické i odborné veřejnosti – podle oficiálních údajů loni nizozemští lékaři provedli eutanazii u 42 psychiatrických pacientů, zatímco o rok dříve jich bylo 14. Tento nárůst vyvolal spekulace, zda se nejedná o „milosrdné zabíjení“ lidí, kteří se nejsou z podstaty své nemoci schopni rozhodnout o svém odchodu ze života zcela vědomě.

(Zdroje: Telegraph, BBC, Reuters)

(kha)

Eutanazie ve světě

Země povolující aktivní eutanazii

• **Belgie**
Zákon povolující eutanazii u dospělých byl přijat v září 2002.

• **Lucembursko**
Parlament schválil zavedení eutanazie v únoru 2008, v prosinci jej však odmítl podepsat lucemburský velkovévoda. Parlament zareagoval změnou ústavy a v březnu 2009 zákon schválil znovu – podpis velkovévody již nebyl zapotřebí. Legislativa vešla v platnost v dubnu 2009.

• **Nizozemsko**
Zákon umožňující eutanazii vešel v platnost v dubnu 2002, od března 2012 fungují mobilní lékařské týmy provádějící eutanazii v domácím prostředí. Legislativa umožňuje asistovanou sebevraždu i u dětí starších 12 let.

• **Švýcarsko**
Švýcarsko je jedinou zemí, kde může umírajícím pomoci lékař i laik. Podle tamní ústavy není pomoc při sebevraždě trestným činem, pokud za ní nestojí egoistické zájmy a nemocný před smrtí sám vykoná několik zákonem stanovených úkonů.

• Spojené státy americké

Na federální úrovni je eutanazie nelegální, zákon ji však povoluje ve státech Oregon (od roku 1994), Washington (2008) a Vermont (2013).

Fakticky je možná i v Montaně, jež sice asistovanou sebevraždu formálně nepovoluje, ale tamní nejvyšší soud zakázal postih lékařů, kteří se jí za splnění příslušných podmínek zúčastní.

Země povolující pasivní eutanazii

• **Dánsko**
Zákonem je pasivní eutanazie umožněna od roku 1998.

• **Finsko**
• **Francie**
Zákon o pasivní eutanazii schválil parlament v listopadu 2004 (dolní komora) a v dubnu 2005 (senát). Nevyléčitelně nemocný musí požádat lékaře o zastavení léčby.

Zákon o aktivní eutanazii již několikrát odmítl senát, její legalizaci ovšem dlouhodobě podporuje současný prezident republiky François Hollande.

• Indie

Zákon vešel v platnost v březnu 2011.

• Irsko

V legislativě je zakotveno „právo na smrt“ – lékaři, kteří na žádost pacienta přeruší nemocnému léčbu, nemohou být trestáni.

• Itálie

Pasivní eutanazie je umožněna pouze ve výjimečných případech, například lze odpojit pacienta po mozkové smrti od přístrojů.

• Kolumbie

Pouze za splnění specifických podmínek.

• Mexiko

Federální distrikt Mexico (od ledna 2008) a státy Aguascalientes (duben 2009) a Michoacán (září 2009) umožňují lékařům přerušit nevyléčitelně nemocnému léčbu prodlužující život.

• Německo

Eutanazie je zakázána, pomoc při sebevraždě však není trestná, pokud se ten, kdo nemocnému v jeho záměru zemřít pomáhá, do samotného usmrcení přímo nezapojí.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Eutanazie v ČR

Eutanazie není v Česku povolena. Jak České televizi potvrdil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček, v rámci koaliční dohody existuje závazek, že ani zavedena nebude. „Nejsem příznivcem eutanazie. Myslím, že bychom tím překročili hranici, kterou bychom překračovat neměli,“ uvedl pro ČT ministr. Průzkumy veřejného mínění nic-

méně ukazují, že 2/3 Čechů by s uzákoněním eutanazie souhlasily (většinou mladí lidé bez vyznání). Naposledy se návrh zákona umožňujícího asistovanou sebevraždu projednával v roce 2008, tehdy jej odmítl senát. O uzákonění eutanazie pro děti se zatím ani neuvažovalo.

(Zdroj: Česká televize)

(kha)

Slovensko: Jediná pojišťovna zatím nebude

Slovenská vláda bude muset odložit plán na zavedení jediné zdravotní pojišťovny v zemi – nemá totiž dostatek finančních prostředků na odkup či vyvlastnění akcií dvou soukromých pojišťoven.

Kabinet počítal s tím, že potřebné peníze získá prodejem státních aktiv (v této souvislosti se nejčastěji zmiňoval prodej podílu ve Slovak Telekom), k tomuto kroku však zatím nedošlo. Ministerstvo financí nyní uvedlo, že k prodeji aktiv může dojít v horizontu 2 let.

Také slovenská ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská potvrdila, že v prosazování jediné pojišťovny nebude dále pokračovat, a předložila vládě zprávu v tomto smyslu. „Pokud nebude zabezpečeno plné finanční krytí, nepodnikneme další kroky,“ oznámila mluvčí resortu Martína Lidinská.

V cestě i volby?

Jak upozorňuje slovenský deník Pravda, otázku unitárního systému zdravotního pojištění tak může řešit až nová vláda, jež vzejde z parlamentních voleb v roce 2016. Politolog Tomáš Kozia, jehož Pravda oslovila, však pochybuje, že bude jediná zdra-

vatní pojišťovna někdy uvedena do praxe, zvláště po volbách. „Pokud by chtěl Smer v projektu pokračovat, určitě narazí na odpor ostatních politických stran. Vzhledem k širšímu kontextu politického seskupení, které vznikne, pochybuji, že by se plán někdy podařilo realizovat,“ domnívá se Tomáš Kozia.

Podle původního harmonogramu měla jediná státní pojišťovna začít fungovat již od ledna tohoto roku, respektive od července, pokud by bylo nutné přistoupit k vyvlastnění soukromých pojišťoven. Plán na zavedení unitárního systému schválila vláda v roce 2012. Ministerstvo zdravotnictví mělo začít s přípravou potřebné legislativy a najít poradce, který měl připravit dokumentaci pro odkup akcií či ocenění zdravotních pojišťoven pro případ vyvlastnění. Jak připomíná deník Pravda, úřad dodnes nevypsal na tuto funkci ani tendr, pouze uveřejnil podmínky veřejné soutěže.

Osud arbitráže nejasný

Slovensko už kvůli záměru čelit arbitráži – nizozemská společnost Achmea, jež je vlastníkem pojišťovny Union, ji vyvolala loni v únoru. V současnosti je pokračování arbitráže nejisté. Tiskový mluvčí Achmea Bert Rensen na dotaz deníku Pravda uvedl, že společnost má zájem o urovnání sporu, pokud dostane od vlády záruky, že nedojde k vyvlastňování. „Nyní studujeme zprávu ministerstva zdravotnictví, která byla předložena vládě. Podle nás nedošlo k ukončení projektu. Achmea má zájem na vyřešení sporů, potřebuje však pevně a jednoznačně potvrzení od vlády, že se projekt zamítá a Union nebude vyvlastněná, případně jí nebude bráněno v činnosti jiným způsobem,“ cituje Pravda Berta Rensena. Ministerstvo financí se k arbitráži odmítlo vyjádřit.

Obě soukromé pojišťovny oznámily slovenské vládě, že zatím nebude pokračovat v projektu zavedení unitárního systému



Ilustrační foto: Shutterstock

zdravotního pojištění, přivítaly. „Rozhodnutí neplýtvat nadále penězi daňových poplatníků na projekt, který nepřinese zdravotnictví žádné úspory, považujeme za správné. V kontextu stavu státního rozpočtu a mezinárodních závazků je to navíc jediné možné řešení,“ komentovala situaci prezidentka Zdrženia zdravotných poisťovní Katar-

na Kafková mimo jiné s odkazem na to, že poradce ministerstva zdravotnictví pro přípravu podkladů by rozpočet vyšel na 3,4 miliony eur.

Na Slovensku žije přibližně 5,2 milionu pojištěnců, 64% z nich je klienty Všeobecné zdravotnej poisťovny, 28% zvolilo pojišťovnu Dôvera a okolo 8% Union.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Krátce ze světa

- **Maďarské** epidemiologické centrum vyhlásilo 12. února celostátní epidemii chřipky, když počet případů v týdenním srovnání narostl o 20% a lékaře kvůli onemocnění vyhledalo v období od 3. do 9. února více než 17 tisíc pacientů. Nejhorší situace byla zaznamenána v hlavním městě Budapešti a župách Pest a Győr-Moson-Sopron. Více než čtvrtinu nakažených tvoří děti, nejpočetnější skupinou jsou pacienti ve věku 15–34 let.

- **Čínští** vědci vyzvali v časopisu Lancet k ostražitosti před novým kmenem viru tzv. ptačí chřipky s označením H10N8, jemuž v prosinci podlehla starší žena a v lednu se jí nakazil nejméně jeden pacient, a nabádají k jeho výzkumu. Virus má podle epidemiologů schopnost nakazit tkáň hluboko v plicích a může mít vlastnosti umožňující jeho snadné šíření mezi lidmi. „Pandemický potenciál tohoto nového viru bychom neměli podceňovat,“ píše se v prohlášení Čínského střediska pro kontrolu a prevenci nemocí.

- Během prvních 6 týdnů tohoto roku se počet obětí horečky dengue v **Malajsi** vyšplhal na 22, což je ve srovnání se stejným obdobím roku 2013 téměř trojnásobný nárůst (tehdy úřady evidovaly 8 obětí). Masivně stoupl také počet pacientů – zdravotnická zařízení již ohlásila necelých 12 tisíc nemocných, tedy 4x více než loni.

Lékaři se obávají, že pokud bude trend v nárůstu počtu případů i nadále pokračovat, mohl by letošní rok překonat v počtu obětí rekordní rok 2010, kdy horečku dengue podlehl 134 lidí.

- K únosu skupiny pracovníků Mezinárodního výboru Červeného kříže (MVČK) na severu **Mali** se přihlásili radikální islamisté z Hnutí pro jedinečnost a džihád v západní Africe (MUJAO), skupiny napojené na teroristickou síť Al-Káida.

„S boží pomocí jsme zajali terénní vůz neváželetu islámu s jejich komplici,“ uvedl jeden z radikálů v telefonickém rozhovoru a dodal, že zajatci z MVČK „jsou naživu a v dobrém zdravotním stavu“. Zástupci Červe-

ného kříže jsou podle jeho mluvčího v kontaktu s úřady i různými ozbrojenými skupinami v Mali, jednáni však zatím k výsledkům nevedou.

- **Íránský** prezident Hasan Rúhání věnoval židovské nemocnici v Teheránu v přepočtu více než 8 milionů korun. Jeho poradce Hosejn Ferejdún uvedl, že dar souvisí s 35. výročí islámské revoluce a že si prezident Rúhání přál nemocnici obdarovat jako výraz svého nesouhlasu s jakoukoli náboženskou diskriminací. Hasan Rúhání sice tak jako jeho předchůdci neuznává stát Izrael, upustil však od ostré protiizraelské rétoriky, kterou se prezentovali dřívější představitelé státu.

- **Britský** parlament schválil návrh dodatku zákona o dětech a rodině, podle něhož bude v Anglii trestné, pokud si kuřák zapálí v autě, v němž cestuje i dítě. Návrh labouristické opozice získal u zákonodárců přesvědčivou podporu (376 ku 107 hlasům), proti byli pouze někteří konzervativní poslanci, kteří poukazovali na zbytečnost

opatření a jeho složité prosazování v praxi.

K podobnému zákazu se podle agentury Reuters v průběhu roku připojí pravděpodobně i Wales a Skotsko. Zákaz kouření v autě, kde cestují děti, již platí (na celostátní nebo regionální úrovni) například ve Spojených státech amerických, v Kanadě, Austrálii, Jihoafrické republice či na Kypru.

- **Makedonský** parlament uzákonil chemickou kastraci u mužů usvědčených z opakovaného zneužívání dětí. Zárok u nich má být proveden po jejich propuštění z vězení. Tamní organizace na ochranu práv dětí však vyslovila s opatřením nespokojenost – podle jejich zástupců by měli chemickou kastraci podstoupit všichni muži, kteří dítě zneužijí, aby bylo možné zabránit recidivě. Nový zákon také nabízí možnost snížení trestu odnětí svobody těm, kteří kastraci zvolí dobrovolně.

- **Kuriózní** případ uveřejnil časopis Lancet. **Němečtí** lékaři stanovili těžce nemocnému pacientovi

diagnózu díky americkému seriálu „Dr. House“. 55letý muž trpěl řadou příznaků, zahrnujících mimo jiné horečku, slepotu, hluchotu a zvětšené lymfatické uzliny, a lékaři si s jeho stavem nevěděli rady několik měsíců. Nakonec diagnózu stanovil dr. Jürgen Schäfer ze Střediska pro nediagnostikované choroby v německém Marburgu, velký fanoušek zmíněného seriálu. Pacientovy symptomy se shodovaly s příznaky jedné z postav seriálu, nemocného s otravou kobaltem z vadné kloubní náhrady. Němcovy potíže skutečně začaly poté, co mu lékaři vyměnili zlomenou keramickou náhradu kyčelního kloubu za kovovou. Kvůli malým keramickým úlomkům, jež mu zůstaly v těle a odíraly novou náhradu, se do pacientova těla uvolňoval kobalt a chrom. Mužův stav se významně zlepšil po další výměně kyčelního kloubu. „Nejspíš bychom na to přišli i bez doktora House,“ citují dr. Schäfera agentury. „Stačí také zadat jeho symptomy do Googlu a vypadne diagnóza,“ dodal.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

USA: Počet obyvatel předávkovaných léky či drogami narůstá

Mezi lety 2000 a 2010 se počet Američanů, kteří zemřeli v důsledku předávkování drogami či léky, více než zdvojnásobil. Podle Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) vzrostl ze 17 na 38 tisíc.

V roce 2009 Spojené státy americké zaznamenaly smutný rekord – poprvé v historii zemřelo na předávkování léky/drogami více lidí než při dopravních nehodách či v důsledku střelného zranění (počty zemřelých v obou těchto kategoriích naopak stabilně klesají). Na vině je podle odborníků především fakt, že v posledním desetiletí strmě stoupl počet lidí, kteří se předávkovali léky na předpis. Za stejné období se množství léčiv proti bolesti prodaných do lékáren, nemocnic či ordinací lékařů zčtyřnásobil. V roce 2010 zabily léky na předpis více než 22 100 Američanů – dvakrát více než kokain a heroin dohromady.

Heroin levnější než léky

„Užívání opioidů od počátku 90. let minulého století narůstá,

především kvůli změně přístupu zdravotníků k efektivnosti a vedlejším účinkům těchto léčiv. Původně byla předepisována téměř výhradně pacientům v terminálním stadiu nemoci, například rakoviny, v současnosti jsou opioidy užívány u řady běžných chronických onemocnění, jako je bolest zad či artritida. Společně s tímto trendem pak paralelně narůstá i počet lidí, kteří se léky předávkují,“ vysvětluje dr. Leonard Paulozzi z CDC.

Navíc existuje i velmi rozsáhlý černý trh s těmito přípravky, v roce 2012 užívalo léky proti bolesti (běžně dostupnými pouze na lékařský předpis) na 12,5 milionu Američanů bez doporučení a dohledu lékaře. Zajímavé podle odborníků je, že neexistuje korelace mezi státy, kde je nejvíce pře-

psaných léčiv, a státy s nejvyšším počtem předávkovaných pacientů. Například Nové Mexiko je na prvním místě v počtu úmrtí v důsledku předávkování léky na předpis, ale až na 32. místě v počtu vypsaných receptů. Naopak Oregon drží 4. místo v počtu předpisů, ale v úmrtích je až na 31. místě.

Ani v případě předávkování nelegálními drogami není možné ve Spojených státech amerických objevit geografickou souvislost. Například Virginie patří v počtu úmrtí v důsledku předávkování návykovými látkami k zemím s nejnižšími statistikami, souseďní Západní Virginie naopak pomyslnému žebříčku v tomto ohledu vévodí. Mnozí odborníci poukazují na skutečnost, že nejméně případů předávková-



Ilustrační foto: Shutterstock

ní je tradičně zaznamenáváno v odlehklých venkovských oblastech, jejichž obyvatelé mají menší možnost drogy sehnat.

USA vs. EU: Zcela opačný trend

Za posledních 5 let se počet uživatelů heroínu v Americe zdvojnásobil. Jedním z důvodů je nárůst lidí závislých na léčivých proti bolesti, kteří často jako náhradu volí právě zmíněnou drogu. „Americký Národní úřad pro kontrolu obchodu s drogami (DEA) zaznamenal dramatický nárůst množství heroínu importovaného do Spojených států amerických přes mexické hranice,“ potvrzuje dr. Paulozzi. „Jedním z důvodů je, že pro lidi, kteří začali užívat léky proti bolesti a vy-

tvořili si na ně návyk, je heroín dostupnější a také levnější než opioidy na černém trhu.“

Americký trend v nárůstu počtu obětí předávkovaných drogami je zcela odlišný od situace v Evropské unii, kde počet uživatelů heroínu celkově klesá. Mezi lety 2007 a 2012 klesl počet zemřelých v důsledku předávkování o 20%. „V některých menších zemích východní Evropy, jako je Slovensko, Rumunsko nebo Lotyšsko, jsme sice zaznamenali mírný nárůst uživatelů heroínu, ale na celkové evropské statistiky nemají tyto země významný vliv,“ doplňuje Isabelle Giraudonová z Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Britská vláda čelí kritice za nepřijetí minimální ceny alkoholu

Ve Velké Británii byla uveřejněna studie, podle níž by stanovení minimální ceny za jednotku alkoholu ve výši 45 pencí snížilo nejen počet úmrtí mezi rizikovými konzumenty alkoholu, ale také výdaje na zdravotní péči.

Britská vláda v minulosti uvažovala o zavedení minimální ceny za alkohol, v loňském roce však od plánu upustila. Studie Sheffieldské univerzity a organizace Alcohol Research Group ukázala, že pokud by bylo takové nařízení přijato, pozitivní dopad by mělo na 5% konzumentů alkoholu, nejvíce ve skupině rizikových spotřebitelů.

„Obecně by stanovení minimální ceny alkoholu nemělo na běžné konzumenty alkoholických nápojů velký dopad, významně by se však odrazilo na skupině rizikových pijáků, tedy mužů, kteří pijí více než 50 jednotek alkoholu týdně, a žen pijících více než 35 jednotek týdně. U nich by došlo k signifikantnímu snížení nemocnosti a četnosti předčasného úmrtí,“ je přesvědčena Petra Meierová z Alcohol Research Group.

Silná lobby

Jednotkou je myšleno 10 mililitrů čistého alkoholu. Kabinet Ioni v červenci odmítl zavést minimální

cenu alkoholu s tím, že neexistuje dostatek důkazů podporujících přínos opatření na spotřebu alkoholu. Skupina lékařů však v lednu obvinila britského premiéra Davida Camerona, že „skáče, jak pískají zástupci výrobců alkoholických nápojů“, a nadřazuje jejich zájmy nad veřejné zdraví. Lékaři se mimo jiné odvolávají na údaje uveřejněné v *British Medical Journal*, podle nichž se zástupci vlády a lobisté tohoto průmyslového odvětví setkali mezi lety 2010 a 2013 nejméně 130x, dvakrát pak bezprostředně poté, co bylo ukončeno připomínkové řízení k zákonu o minimálních cenách alkoholu.

Méně hospitalizací

Nejnovější výzkum, jehož výsledky otiskl časopis *Lancet*, použil matematický model, s jehož pomocí analyzoval, jak by lidé z různých příjmových skupin změnili své návyky v oblasti alkoholové konzumace, pokud by byla stanovena minimální cena za jednotku ve výši 45 pen-

cí. Jak se ukázalo, v nejrizikovější skupině požívatelů alkoholických nápojů by došlo k redukcí spotřeby až o 75%. Navíc by došlo ke snížení počtu úmrtí v souvislosti s alkoholem o 860 případů ročně a ubýlo by 29 900 hospitalizací. Podle údajů z roku 2012 přijala jen anglická zdravotnická zařízení 200 900 pacientů, u nichž byla hlavní příčinou stavu konzumace alkoholu.

Jak ve svém komentáři k uveřejněné studii podotkl poradce pro oblast spotřeby alkoholu Královské lékařské společnosti a předseda organizace Alcohol Health Alliance Ian Gilmore, nastavení minimální ceny alkoholu by bylo krokem založeným na vědeckých důkazech, zaměřeným a prospěšným „především pro obyvatele, kteří mají již nyní v důsledku nadměrné konzumace vážné potíže“. Je na čase, aby vláda přestala naslouchat zájmům průmyslu a začala jednat, uzavřel Ian Gilmore.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

V Kábulu se po 13 letech objevila dětská obrna

Třileté afghánské dívce byla v Kábulu diagnostikována dětská obrna. Jedná se o první případ tohoto onemocnění zaznamenaný v hlavním městě od roku 2001.

Rodiče dívky patří ke kočovnému kmenu, který před nedávnem zakotvil na východě Kábulu. Ministerstvo zdravotnictví již nechalo všechny děti mladší 5 let žijící v této oblasti přeočkovat. Tiskový mluvčí úřadu uvedl, že rodina malé pacientky se v minulosti pohybovala mezi Afghánistánem a Pákistánem, a je proto pravděpodobné, že se dívka nakazila za hranicemi země.

Tuto teorii podporuje i skutečnost, že 12 ze 13 pacientů infikovaných dětskou obrnou, kteří byli v loňském roce v Afghánistáně diagnostikováni, se nakazilo v Pěšávaru na severozápadě Pákistánu. Ten je podle posledních statistik Světové zdravotnické organizace (WHO) největším endemickým rezervoárem dětské obrny na světě.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Exodus rumunských lékařů ohrožuje tamní zdravotnictví

Počet rumunských lékařů v tamních nemocnicích od roku 2011 poklesl téměř o třetinu. Většina těch, kteří zdravotnictví opustili, odešla za prací do ciziny, velmi často do Velké Británie.

Podle prezidenta Rumunské lékařské komory prof. Vasilea Astărăstoae se tamní zdravotnictví potýká s jednou z nejhrošších personálních krizí. „Máme především nedostatek lékařů v nemocnicích. Zatímco v roce 2011 jich zde pracovalo 21 400, podle údajů z listopadu 2013 je v rumunských nemocnicích pouze 14 400 lékařů,“ uvedl prof. Astărăstoae.

Pouhých 48 radioterapeutů

Nejnovejší statistické údaje britského Centra pro informace ve zdravotní a sociální péči (HSCIC) ukazují, že 26 % lékařů pracujících v zařízeních Národní zdravotní služby (NHS) nepochází z Velké Británie. Podle General Medical Council pak v zemi pracuje již 2140 rumunských lékařů, což je více než například počet lékařů z Austrálie, Španělska nebo Polska.

Prezident Rumunské lékařské komory varuje, že odchod lékařů do ciziny je citelný především v některých profesních specializacích. „V současnosti máme v zemi, jejíž populace dosahuje 19 milionů, pouze 48 specialistů na radioterapii, a to přestože výskyt rakoviny je v Rumunsku velmi vysoký. Ačkoli naše obyvatelstvo stárne, pracuje zde pouze 54 geriatrů. Na jednotkách intenzivní péče by mělo být 1800 lékařů, ovšem máme jich jen 624. V celé zemi je pak pouze 70 specialistů na kardiiovaskulární cho-

roby,“ vypočítává Vasile Astărăstoae a dodává, že rumunští lékaři si v zahraničí vydělají několika násobně více než doma.

Dvojnásobná ztráta

„Fenomén odlivu mozků je v Rumunsku realitou,“ uznává tamní ministryně práce Mariana Campeanuová. „Lékaři a sestry z východoevropských zemí včetně Rumunska si pro práci vybírají jiné členské státy Evropské unie, kde jim nabízejí lepší finanční ohodnocení a také pracovní podmínky.“ Jak ministryně zdůrazňuje, vláda si je problému vědoma a snaží se jej řešit, aby „byla zachována stabilita rumunského zdravotnického systému a tím i zdraví obyvatel. Prvním krokem bylo navýšení platů lékařům v předatestační přípravě o zhruba 20 až 25 procent,“ doplňuje Mariana Campeanuová. Jak upozorňuje Vasile Astărăstoae, Rumunsko odchodem lékařů do ciziny platí dvakrát – na své náklady vyškolí lékaře, kteří pak své znalosti uplatňují v zahraničí. „Rumunsko ročně vynaloží 3,5 miliardy eur na vzdělávání lékařů. V podstatě financujeme řešení problémů s nedostatkem zdravotníků v Británii, Německu či Francii. Jako lékař v zahraničí si vyděláte měsíčně i 4 tisíce eur, ne jako v Rumunsku 400. U některých specializací, jako je například anesteziolog či kardiolog, je pak rozdíl v platu až 30násobný,“ vypočítává prezident rumunské komory.

O emigraci uvažuje každý

Rumunští zdravotníci vyzvali loni v říjnu tamní ministerstva zdravotnictví a práce ke změně systému. Kabinet již odsouhlasil navýšení platů pro lékaře v předatestační přípravě prostřednictvím stipendií z 200 na 350 eur měsíčně a rovněž zvýšení rozpočtu zdravotnictví z 3,7 na 4,3 % HDP.

Jak ale upozorňuje 28letý Dorin Gherasim, který se připravuje na atestaci z neurochirurgie, takové zásahy exodus lékařů nezastaví. „Skutečně se nacházíme v krizi. Každý začínající lékař mého věku uvažuje o emigraci. Německo, Francie, Velká Británie... to jsou země, kde dosáhnete na slušné platové ohodnocení, tak proč toho nevyužít?“ ptá se Dorin Gherasim, který si jinak

doma v Rumunsku vydělá 400 eur měsíčně.

Deník *Guardian* v souvislosti s odchodem řady rumunských lékařů za prací do Velké Británie připomněl probíhající kampaň některých politiků a médií zaměřenou právě proti rumunským imigrantům. Dorin Gherasim je přesvědčený, že tyto nálady lékařů od práce ve Velké Británii neodradí. „Když už se rozhodnete pro tak závažný krok, nějaká negativní kampaň vaše postoje nezmění,“ uzavírá mladý lékař.

(Zdroj: Guardian)

(kha)

Pákistánské zdravotnictví se potýká s další krizí kvůli neobvyklé zimě

Zdravotnická zařízení na severozápadu Pákistánu se potýkají s dalšími komplikacemi – kvůli nezvykle tuhé zimě přibývá pneumonií, hypotermií a dalších onemocnění souvisejících s chladným počasím.

Nemocnice ve městě Satta zaznamenala oproti loňskému roku 15% nárůst v počtu pacientů se zmíněnými nemocemi. Během ledna tamní lékaři ošetřili 3300 nemocných, 80% z nich právě kvůli potížím souvisejícím s neobvykle chladnou zimou.

„Nálety Američanů či útoky Talibánu poutají veškerou pozornost, lidé přitom v současnosti nejvíce trpí kvůli zimě, navíc s minimálním přístupem ke zdravotní péči,“ říká dr. Rahman Sakhi z nemocnice v Satta.

Jeho slova potvrzuje případ čtyřměsíční holčičky, kterou její rodiče do zařízení přivezli poté, co s ní dvě hodiny pěšky překonávali sněhem zasypané hory u hranic s Afghánistánem, aby se dostali k nejbližší silnici, a zaplatili celý měsíční příjem za odvoz do mnoho kilometrů vzdálené nemocnice. Lékaři u dívky diagnostikovali silné podchlazení, jemuž o několik hodin později podlehl.

Ignorovaná území

Podle Riaze Khana, představitele regionu Kurrám ležícího ve Federálně spravovaných kmenových územích na severozápadě země, je právě kmenové území v mnohém specifické. Mnozí jeho obyvatelé mají pocit, že je pákistánská vláda ignoruje a nechává bez pomoci. „Máme vlastní zdravotnická zařízení a snažíme se spolupracovat



Ilustrační foto: Blogspot

Těžká cesta k lékaři

Reportéři agentury *Reuters* se podařilo kontaktovat několik pacientů a zaměstnanců zdravotnických zařízení zřízených na území organizací Lékaři bez hranic (*Médecins sans frontières*, MSF). Všichni potvrdili, že se letos potýkají hlavně s následky nezvykle tuhé zimy. MSF v prosinci loňského a lednu letošního roku zaznamenali 28 úmrtí dětí mladších 5 let, což znamená téměř dvojnásobek v porovnání se stejným obdobím roku předchozího. Většina z nich podlehl právě hypotermii či pneumonii.

Reportéři agentury *Reuters* se podařilo kontaktovat několik pacientů a zaměstnanců zdravotnických zařízení zřízených na území organizací Lékaři bez hranic (*Médecins sans frontières*, MSF). Všichni potvrdili, že se letos potýkají hlavně s následky nezvykle tuhé zimy. MSF v prosinci loňského a lednu letošního roku zaznamenali 28 úmrtí dětí mladších 5 let, což znamená téměř dvojnásobek v porovnání se stejným obdobím roku předchozího. Většina z nich podlehl právě hypotermii či pneumonii.

Roky probíhajícího konfliktu vedly na území téměř ke kolapsu tamního zdravotnictví. V oblasti zůstala jen hrstka lékařů či sester. Současná zima situaci ještě komplikuje – cesty do nemocnic jsou často zcela zasypané sněhem, většina nemocných se musí spolehnout na místní lékaře, protože se k lékařům nedostane. Ti nejzoufalejší se pak vydávají pěšky přes složitý terén k nejbližšímu zdravotnickému zařízení, jež je zdaleka několik desítek kilometrů daleko. Řada z nich přichází pozdě. „Jsem tu zcela odříznutý, potýkáme se s bezpečnostní krizí a řadou dalších problémů,“ říká dr. Sakhi. „Potřebujeme pohotovostní zařízení alespoň ve zokilometrovém okruhu, potřebujeme lékárny. Potřebujeme nějakou zdravotnickou politiku,“ uzavírá lékař.

(Zdroj: Reuters)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

„Pozor, vizita!“ na konžský způsob

Jak to vypadá ve zdravotním středisku na konžském zapadákově, když dorazí inspekce zkontrolovat kvalitu poskytování péče v pralesi, který ovládají dětští vojáci.

Porodnice ve vesnici Milenda v konžské provincii Jižní Kivu vypadá vybydleně, ale je zbrusu nová. Chybí okna a rámy dveří jsou nedozděny. Futra jsou zasazena tak nakřivo, že by se na nich vodováha zkroutila do spirály. Aspoň že plechová střecha, kterou žádá jiná stavba v obci nemá, sedí pevně. Jako porodní křeslo slouží obyčejný stůl. V pokojích stojí tři postele s moskytiérami, na podlaze je pohozeno několik matrací, v rohu vyrovnány pytle s cementem. Co chvíli dovnitř vstoupí úpěnlivě pípající kuře a kouř z ohýnků, na kterém si čerstvé matky venku připravují oběd. Ale inspektoři nad tou spouští uznale pokyvují hlavami jako nad příkladně udržovaným zařízením.

Ne, zdravotnictví v jednom z nejchudších států planety, jehož východní část už 20 let sužuje zmatečná občanská válka, nelze posuzovat českými měřítky. Pro evropského pacienta by bylo neakceptovatelné, aby mu léky na těžké choroby předepisoval člověk, který absolvoval pouze jednorocní kurz medicíny. Nebo aby dvě rodičky sdílely jedno lůžko. V Demokratické republice Kongo je však velkým krokem vpřed, že i v těch nejzastupitelnějších koutech existují zdravotní střediska. V nich proškolený



ný personál umí přivést na svět dítě, rozeznat příznaky malárie nebo včas poslat komplikované případy těhotenství do nemocnice na císařský řez.

Inspekce za české peníze

V metropoli Kinshase vypracovali metodiku jak úroveň těchto center srovnávat. Mají k tomu přehledný standardizovaný formulář, jehož vytisknutí však musejí zaplatit zahraniční neziskovky. Tak jako všechno, co se v Jižním Kivu zdravotnictví týče: platy doktorů i sester, léky nebo třeba moskytiéry. Tímto způsobem zastupuje absolutně nefunkční konžský stát v oblasti kolem města Lulingu i organizace Člověk v tísni, která z prostředků od ECHO (Úřad Evropské komise pro humanitární pomoc) a českých dárců financuje výše zmíněné položky.

Z těchto zdrojů jsou zaplacení i Lievin Bengana a Matthieu Ngabayeka, se kterými se z metropole provincie Bukavu vydávám do Lulingu na vizitu. Oproti Česku má taková mise adrenalinové parametry. Zprv je do ani ne 300 kilometrů vzdáleného Lulingu třeba letět malou cessnou, kterou pro potřeby početných mezinárodních humanitárních organizací provozuje ECHO. Jinak to nejde, město se schovává uprostřed pralesa a nevedou k němu žádné sjízdné cesty.

Po přeletu je nezbytné se představit oficiálním místům, tedy odchytit si byrokrata u něj doma. Otrávený muž s námi dojde na úřad, kde mu předložíme *ordre de mission* – průvodku, bez které si v Kongu ani neumyjete ruce. Do sešitu mu podle dokumentů přepíšeme své nacionále. Pak ho úředník převrátí a ty samé údaje napíše z druhé strany ještě sám. Proč? „Je to naše metodologie,“ odvětí suše zástupce státu.

Povolení díky špatnému fotbalu

Krasopis do složky je jediný doklad jeho úřední moci, hned po ukončení papírování nás pošle za skutečnými pány Lulingu – rebely ze skupiny Raia Mutomboki. V vrat jejich základny v rozbořeném cihlovém domě z dob belgické kolonizace si nás přeberou dva copánkatí pubertáci v otrhaných kratasech. Jednomu na nohou září červené holínky, druhému ze sandálů svítí modře natřené nehty. Oba mají skelné oči, zřejmě důsledek požívání nějaké návykové látky. Na respektu jim dodávají kalašnikovky, které mají ledabyle hozené na rameni. S těmihle kluky není radno se dostat do křížku.

Posadí nás na lavičku před nejvyšší přítomnou šarží. Třicátník v červené košili se představí jako sekretář brigády. Trochu ho rozladí, že kvůli přítomnosti bělocha nemůže mluvit svahilsky. Chrlí ze sebe věty špatnou, ale o to hlasitější francouzštinou, kterou prokládá svahilskými termíny. Poulí u toho oči a mává rukama jako kazatel v náboženské



Inspekce v Milendě



Sophie Salome



Pokoj rodičky v nemocnici v Milendě

ZE ZAHRANIČÍ PLUS

extázi. Přitom jenom říká, že Člověk v tísní je v oblasti vítáný, protože pomáhá civilnímu obyvatelstvu. „Buďte tu dva týdny, tři měsíce, čtyřicet let. Jak dlouho chcete. Budeme vás chránit. Jen se ale neplette do politiky,“ vyvalí zase oči, aby ukázal, kdo tady velí.

Humanitárním pracovníkům, pokud chtějí v oblasti pomáhat, nezbyvá než tuto dvojsečnou ochranu, za kterou je cítit hrozbu, přijmout. A poslouchat další „červenokošiláčovy“ dlouhé litanie. V příjemného partnera do diskuse se změní, až když mu sdělím, že Česká republika se nekvalifikovala na mistrovství světa v kopané. Fotbalový potlach poslouží jako definitivní štempl na povolení k inspekci.

Kontroloři v holínkách

Ještě je potřeba sehnat na druhý den dopravní prostředky. Těžká věc, když široko daleko je jediné auto, které patří nemocnici. O transport se tu starají jednotlivá vozidla. Jenže být byla návštěva ohlášená, motorky pro celkově dvanáct kontrolorů nikdo neobstaral. Takže teď se horečně jedná, kde je schrání. Debatu komplikuje fakt, že se vede v úředním jazyce, tedy francouzštině, kterou však ne všichni zvládají bez problémů. Lievin Bengana na otázku, proč řešení nehledají raději ve svahilštině, reaguje trošku dotčeně: „Jsem tu přeci všichni intelektuálové.“

Konžané jsou místní improvizace, takže se na druhý den jen hodinu po domluvené hodině odjezdu motorky i se svými šoféry v požadovaném počtu shromáždí. Sice se někde zapomene jeden člen výpravy, ale ostatní se

po dvojicích rozjedou na vizitu do svých zón.

Všichni si zkušeně berou holínky, protože cesty jsou tragické. Často je třeba sesednout, aby se v rozbahněném úseku motorce ulevilo. Do dvacet kilometrů vzdálené Milendy to trvá přes hodinu a to máme ještě štěstí, že neprší a že se nás hlídka dětských vojáků při pohledu na bílou tvář a loga Člověka v tísní na vestě neobtěžuje zastavovat.

Řehtání úředního šimla

U vchodu do zdravotního střediska před zákazovou značkou s přeškrtnutým samopalem nás vítá jeho zletlý šéf Sabiki Assumami. Na starosti má 5800 pacientů. Nejčastěji řeší případy malárie, průjmová onemocnění a porody. „V průměru jich máme 18 za měsíc,“ vyčísluje usměvavý muž, kterému inspektoři hned začnou velkopansky tykat.

Za pozornosti místních děcek, které nadchne přítomnost bělocha ve vesnici, se usadíme kolem stolu v čekárně pod blednoucími plakáty zahraničních neziskovek, které vyzývají mimo jiné k řádné hygieně a plánovanému rodičovství. Je jedenáct hodin a Bengana s Ngabayekou vytahují své formuláře. Schovají je až v 17:20. Pracuje se bez přestávky. Nikdo si neodskočí na jídlo ani na latrínu.

Jak už to tak na inspekcích bývá, prověřují se více papíry než skutečné fungování zdravotních center. Assumami má však lejskra, která mu leží na chaotické hromadě, překvapivě v pořádku. Pacienti mají své karty a vše je z nich pochopitelné, i když do nich nahlédne laik z Evropy. Třeba se v nich ukáže, že sestra

buď plave v aritmetice, nebo nezládá dělat obchůzky k rodičkám v předepsaných čtyřhodinových intervalech.

Assumami dokonce ze šuplíku vytáhne i šanon s krasopisně vyvedenými životopisy všech zaměstnanců včetně hlídače, tak jak to ministerstvo v Kinshase vyžaduje. Kontroloři však přece jen chybu najdou – na dveřích chybí jmenovky jednotlivých zdravotníků. Milenda tak v hodnocení ztratí několik bodů. I v Kongu umí úřední šimla hlasitě zařehtat.

Zázračné porodní statistiky

Důležitější je, že v čekárně visí ceník služeb, například: prohlídka dospělého – 500 franků, léčba malárie – 1500 franků, porod – 5000 franků (1000 franků = cca 22 korun). Dříve, když erár přestal doktory a spol. vyplácet a neziskovky ho ještě nezastoupily, žil personál jenom z toho, co mu dali sami nemocní. Proto se ceny pohybovaly až na čtyřnásobku a chudé obyvatelstvo se návštěvě ordinace vyhýbalo do chvíle, kdy už bylo často pozdě.

Když do financování zdravotnických zařízení vstoupily zahraniční organizace, daly si podmínku – budeme vás pravidelně vyplácet, ale ceny se musejí snížit a sjednotit. Díky tomu lapiduchům ubylo práce s vymáháním dlužné částky od pacientů, kteří zařízení opustili bez placení. Na vesnici, kde se všichni znají, to přeci jen nebyl takový problém, ale třeba v megapoli Kinshase lze vysokým plotem ohrazené nemocnice vyjít, jen když vrátnému ukážete potvrzení o zaplacení péče. Jinak vás tam drží jako v žaláři.

Pozitivním výsledkem snížení



Ordinace

cen je, že počet porodů v hliněných chýších v nehygienických podmínkách výrazně poklesl. „Od té doby, co jsem sem před dvěma roky nastoupil, nám tu neumřela ani jedna matka, ani jeden novorozenec,“ chlubí se Assumami, který má na bílém plášti logo Člověka v tísní. Ale inspektoři ho hned okřikují, že to v Kongu není možné. „Tak se podívejte do záznamů,“ opáčí kritizovaný. Ngabayeka převrací stránky a nakonec slavnostně vykřikne: „Ale do předporodní poradny vám chodí jen 63 procent matek. To se musí zlepšit!“

Pořádek v lejsrech dělá lepší platy

Kontroluje se i to, zda jsou v lékárně medikamenty seřazené podle abecedy a zda nechybí něco z vybavy, jako fonendoskop, tlakoměr, váha na miminka či teploměr. Jeho fungování se prověří tím, že se na chvíli položí na rozpálenou střechu.

Assumamiho nejvíce rozcílil, když na něm Ngabayeka s Benganou, kteří si při tepání jeho práce neberou servítky, požadují, aby sepsal svoji vizi rozvoje střediska. „Ale co mám plánovat, když od státu nedostávám žádné peníze. Proč se zdržovat plány, o kterých vím, že je vláda nikdy neuhradí,“ běduje. Každopádně další body dolů.

Není to jen nějaká statistika pro pobavení papalášů v Kinshase ani bezúčelné mrhání časem a financemi. Pokud se výsledky na základě inspekcí, které se

opakují v tříměsíčních intervalech, v konkrétním zařízenílepší, donoři přitlačí při vyplácení mezd personálu. Odměny jsou tu dost bídné – vedoucí zdravotního střediska, když sečte všechny příjmy od eráru, neziskovek a nemocných, si přijde v přepočtu na 2 tisíce korun měsíčně. Assumamimu se není co divit, když při každé ztrátě bodu zkříví ústa. Utíkají mu tak franky z jeho osobního rozpočtu. Nakonec se však usmívá vítězně. Dostane se na 75,9% konžského ideálu, což představuje skokové zlepšení o 20% oproti předchozí kontrole.

Vždy připraven!

I on uznává, že inspekce svůj smysl mají. Jedním z hlavních problémů v Kongu při správě věcí veřejných je chaotičnost. Důsledné lpění na dodržování pravidel a předpisů to může postupem času zlepšit. Nicméně nezaujatý pozorovatel musí s Assumamim soucítit, když nemůže z hromady papírů vystrachat požadovaný dokument a vymlouvat se: „Já vás čekal až příští týden, to bych si všechno připravil.“ Ngabayeka na něj přísně pohlédne a káravým hlasem řekne: „Musíš být připravený každý den. Pokud tě třeba pacient požádá o nějaký doklad, musíš vědět kam pro něj sáhnout, i kdyby ses právě probudil.“ Místní kulatého razítka jsou zkrátka všude na světě stejní.

Cestu podpořila organizace Člověk v tísní.



Zdravotní centrum v Milendě

SÚKL INFORMUJE / FARMABYZNYS

Aktualizace 3 pokynů SÚKL

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vydal v posledních dnech aktualizace tří pokynů, které se týkají různých činností farmaceutického průmyslu.

Jedná se konkrétně o aktualizaci těchto pokynů:

1. Pokyn PHV-3 verze 3 týkající se neintervenčních poregistračních studií bezpečnosti.
2. Pokyn ZP-19 verze 3 věnující se kontrole zdravotnických prostředků u poskytovatelů zdravotních služeb.
3. Pokyn DIS-10 verze 2 o formulářích oznámení zahájení distribuční činnosti na území ČR a oznámení změny v údajích o distributorovi provádějícím distribuci na základě povolení k distribuci léčivých přípravků vydaného jiným členským státem EU.

Ad 1. Pokyn PHV-3 verze 3 týkající se neintervenčních poregistračních studií bezpečnosti (NPSB):

Tento pokyn PHV-3 verze 3 nahrazuje s účinností od 4. 2. 2014 pokyn PHV-3 verze 2. Vydáním tohoto pokynu SÚKL reagoval na novelu zákona o léčivech,

účinnou od dubna 2013, která začlenila (v souladu s evropskou legislativou) do citovaného zákona striktnější podmínky pro úkony držitelů rozhodnutí o registraci při provádění NPSB.

Pokyn PHV-3 verze 3 nejprve vymezuje 10 základních podmínek, které je třeba splnit, aby se skutečně jednalo o NPSB. Tato kritéria musejí být dodržena i v průběhu studie.

Pokyn dále stanoví způsob hlášení studií SÚKL a postup jak toto učinit. Dále se zde objevuje doporučení pro všechny studie, které jsou prováděny držitelem rozhodnutí o registraci (včetně těch, které jsou prováděny na základě vlastního rozhodnutí držitele), aby i tyto byly hlášeny Evropské lékové agentuře.

Ad 2. Pokyn ZP-19 verze 3 věnující se kontrole zdravotnických prostředků u poskytovatelů zdravotních služeb:

Nový pokyn (stejně jako jeho

starší verze) se věnuje povinnostem poskytovatelů zdravotních služeb v souvislosti s používáním zdravotnických prostředků (např. provádění preventivních prohlídek, údržba a opravy zdravotnických prostředků). Dále jsou zde uvedeny zákonné definice pojmů, jako je zdravotnický prostředek, výrobce, dovozce, třídy ZP, nežádoucí příhoda ad. Nová verze pokynu již neobsahuje popis průběhu kontroly, který byl upraven v předešlé verzi, a zaměřuje se výlučně na oblasti, jež SÚKL v rámci kontroly prověřuje. Mezi ně patří např.:

- provádění preventivních prohlídek, údržby a oprav ZP,
- ověřování přesnosti měření,
- ověřování technického stavu,
- dodržování určeného účelu použití.

Lze shrnout, že nový pokyn SÚKL reaguje především na nové pojmosloví spojené s účinností zákona o zdravotnických službách.

Ad 3. Pokyn DIS-10 verze 2 o formulářích oznámení zahájení distribuční činnosti na území ČR a oznámení změny:

Tento pokyn obsahuje dva formuláře k hlášení zahájení distribuční činnosti na území ČR a oznámení změny v údajích o distributorovi provádějícím distribuci na základě povolení k distribuci léčivých přípravků vydaného jiným členským státem EU. Pokyn DIS-10 verze 2 je účinný od 3. 2. 2014.

Mgr. Libor Štajer, KMVS



Ilustrační foto: Shutterstock

Biologické léky a biosimilars z pohledu farmakovigilance

Oddělení farmakovigilance SÚKL připomíná důležité informace o hlášení podezření na nežádoucí účinek u biologických léčivých přípravků.

V posledních letech se do klinického použití ve stále vyšší míře dostávají tzv. *biosimilars*, tj. léky podobné biologickým lékům. Tato léčiva není možné vnímat jako klasická generika, protože jsou originální molekule pouze podobná. Důvodem je, že biologické látky jsou hůře charakterizovatelné než látky chemické. Standardní přístup užívaný pro generické přípravky, které mají chemickou povahu, tj. prokázání bioekvivalence s referenčním přípravkem prostřednictvím odpovídající studie biologické dostupnosti, není použitelný pro prokázání podobnosti u přípravků biologické povahy. Během procesu registrace *biosimilars* však musí být prokázáno, že přípravek je podobný s referenčním přípravkem a že neexistují žádné významné rozdíly v kvalitativních vlastnostech, biologické aktivitě, účinnosti a bezpečnosti (což zahrnuje mj. i provedení studií k průkazu výše uvedeného).



Ilustrační foto: archiv

Upozorňujeme lékaře, že by měli do zdravotní dokumentace pacienta vždy přesně zaznamenat tyto nezbytné údaje o použitém biologickém léčivém přípravku, aby je v případě výskytu podezření na nežádoucí účinek a jeho nahlášení bylo možné přesně identifikovat. Jedině takto je možné provádět adekvátní farmakovigilanci pro každý biologický léčivý přípravek zvláště. V případě chybně nahlášených údajů v hlášení podezření na nežádoucí účinek u biologického léčivého přípravku bude farmakovigilanci oddělení SÚKL zpětně kontaktovat hlásitele a vyvíjet maximální úsilí k jejich získání. V dohledné době bude pro tyto účely upraven rovněž webový formulář pro hlášení podezření na nežádoucí účinek.

Povinnosti pro lékaře

Na farmakovigilanci oddělení Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) především v posledním roce zaznamenáváme narůstající obavy odborné veřejnosti z provádění adekvátní farmakovigilance u těchto látek, zejména s ohledem na stejné INN u originální látky a biosimilárního přípravku. Proto považujeme za vhodné znovu zdůraznit, že při hlášení podezření na nežádoucí účinek jakéhokoliv biologického léku (tj. originálního i *biosimilars*) je nezbytné uvádět přesný obchodní název léčivého přípravku a rovněž číslo šarže.

Podobná pravidla pro provádění farmakovigilance u biologických léčivých přípravků jsou postupně nastavována ve všech členských státech Evropské unie.

Další informace najdete na: www.sukl.cz

(Zdroj: SÚKL)

Krátce z (farma)byznysu

• Izraelské farmaceutické skupině **Teva Pharmaceutical Industries** vzrostl ve 4. čtvrtletí čistý zisk o 6% na 1,2 miliardy dolarů (24,3 mld. Kč). K růstu přispěl vyšší prodej generických léků v USA (o 14%) a také globální zájem o některé specializované přípravky. Společnost uvedla, že zisk na akciích bez mimořádných položek činil 1,42 dolaru (analytici odhadovali 1,4 dolaru). Tržby vzrostly o 3% na 5,43 mld. USD.

• Čistý zisk francouzské farmaceutické společnosti **Sanofi** ve 4. čtvrtletí vzrostl meziročně o 17% na 1,81 miliardy eur (49,5 mld. Kč) a o 40 milionů eur překonal odhady ana-

lytiků. Tržby nicméně o 0,8% klesly a dosáhly 8,5 miliardy eur, i to však bylo mírně nad odhady. Podle ředitele Sanofi Chrise Viehbachera se firma už dostala za takzvaný patentový útes, žádný její významný lék tedy letos neztratí patentovou ochranu.

• Společnost **GlaxoSmithKline** v roce 2013 dosáhla obratu ve výši 26,5 miliardy liber. Zaznamenala při tom růst zisku na akciích o 4% a růst obratu o 1%. S vyloučením vlivu odprodeje vzrostl obrat společnosti až o 3%. Obrat divízi Pharma a Vaccines vzrostl o 1% (s vyloučením odprodeje až o 2%). Obrat

divize Consumer Healthcare dosáhl 2% růstu (s vyloučením odprodeje až 4%).

„Máme mnoho přípravků ve stadiu vývoje, ve fázi II/III klinického vývoje je to přibližně 40 nových molekul. V roce 2014 a 2015 očekáváme výstupy fáze III pro 6 molekul a plánujeme zahájení fáze III pro přibližně 10 nových přípravků v klíčových oblastech, jako je léčba respiračních chorob, onkologických onemocnění a zánětlivých onemocnění souvisejících s činností imunitního systému.“ uvedl prezident společnosti GSK Sir Andrew Witty.

(Zdroje: ČTK, GSK)

(kha)

Oznámení a upozornění SÚKL

Státní ústav pro kontrolu léčiv, na základě § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje o závadě v jakosti některých šarží léčivých přípravků **NiQuitin Mini 1,5 mg, orm. pas. cmp.**, a **NiQuitin Mini 4 mg, orm. pas. cmp.** (čísla šarží najdete na www.sukl.cz).

Držitel rozhodnutí o registraci,

společnost **Beecham Group plc Trading as GlaxoSmithKline Consumer Healthcare** proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení výše uvedených šarží léčivých přípravků z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – při výrobě léčivých přípravků došlo v důsledku chybného nastavení lisovacího stroje ke změně fyzikálních vlastností některých pastilek.

(Zdroj: SÚKL)

Unikátní odstranění karcinomu hrtanu ve FN Olomouc

Lékaři ve Fakultní nemocnici Olomouc použili podruhé v historii ČR fotodynamickou terapii u pacienta se zhoubným karcinomem hrtanu.

Do olomoucké FN přijeli tento specializovaný výkon provést doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., (na snímku) a dr. Mathias von Beckerath ze Švédska. Pro pacienta je výhodou této metody především šetrné odstranění nádoru při zachování funkce hrtanu, tedy řeči.

„Při použití fotodynamické terapie se nemocnému nejprve nitrožilně aplikuje speciální látka, která zvýší citlivost nádorových

buněk na energii dodanou laserem. Ozáření těchto buněk pomocí laseru je zahubí a okolní tkáň přitom zůstane nepoškozená. Výkon je tedy velmi šetrný. Výhodou je navíc i nízká toxicita, takže postup lze na rozdíl od chemoterapie nebo radioterapie v krátké době znovu opakovat,“ popsal přednosta Otolaryngologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Ivo Stárek, CSc.

Zdravotně i ekonomicky šetrná metoda

Pacientem byl muž s opakovaným nádorovým onemocněním hrtanu. „Naše pracoviště si vybral vzhledem k tomu, že i první pacient léčený v Česku touto metodou byl naším pacientem. Vybavení pro tento typ výkonů ovšem nemáme, proto se jej ujal docent Šmucler, kterému jsme poskytli zázemí naší kliniky,“ vysvětlil profesor Stárek. Meto-

da prozatím podle jeho slov zřejmě v léčbě nádorů horních cest dýchacích nenajde širší uplatnění. Nehradí ji totiž pojišťovny a náklady na jeden výkon se pohybují okolo 150 tisíc korun.

Roman Šmucler, který za práci na této problematice obdržel v roce 2011 Cenu ministra zdravotnictví za medicínský výzkum (společně s profesorem Jiřím Mazánkem a MUDr. Markem Vlčkem), dodal, že v rámci onkologické léčby nejsou tyto náklady nijak enormní. Právě nádory horních cest dýchacích a polykacích v Česku ročně onemocní okolo 300–400 lidí.

(Zdroj: FN Olomouc)

(red)



Foto: archiv FNOL

Náklady VZP na epileptiky dosahují 700 milionů

Téměř 700 milionů ročně korun vydá Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) na léčbu svých pojištěnců trpících epilepsií. Nejvíce stojí léky, které tito nemocní potřebují.

Pro nejtěžší pacienty s epilepsií je dobrou zprávou, že již několik měsíců je pro ně dostupnější lék retigabín (Trobalt). Zatímco dříve jen lékaři v několika specializovaných centrech, teď ho mohou nemocní dostat přímo u svých specialistů neurologů či psychiatrů. VZP toto uvolnění podmínek podpořila ve správním řízení, které pak díky tomu skutečně dopadlo ve prospěch pacientů.

Počty nemocných epilepsií se me-

zi pojištěnci VZP setrvale pohybují kolem 50 tisíc. VZP na rozšíření této choroby a náklady s ní spojené upozornila v souvislos-

ti s Evropským dnem epilepsie, který připadá vždy na druhé pondělí v únoru.

(Zdroj: VZP)

(red)

Rok	2011	2012	2013*
Počet nemocných	50 785	50 452	48 182
Náklady na péči (v Kč)	323 554 000	323 039 000	290 187 000
Náklady na léky (v Kč)	337 500 000	343 009 000	307 935 000
Další náklady (v Kč)	19 502 000	16 350 000	15 046 000
Náklady celkem (v Kč)	680 556 000	682 398 000	613 768 000

* Údaje za rok 2013 jsou za období leden až listopad; vyúčtování za prosinec ještě není hotové.

Působení slunečního světla na krevní tlak

Britští vědci na univerzitách v Southamptonu a Edinburghu zjistili, že pod vlivem slunečního světla se malé množství kyslíčnicku dusičného přesune z kůže do krevního oběhu, čímž se zvýší flexibilita krevních cév a dojde ke snížení krevního tlaku.

Závěry studie se 26 zdravými lidmi vystavenými ultrafialovému záření po dobu 20 minut byly otištěny 20. ledna 2014 v časopisu *Investigative Dermatology*.

Rizika vs. prospěšnost

„V rámci aktuálně probíhající debaty o významu slunečního světla a vitamínu D pro lidské zdraví by tyto výsledky mohly hrát důležitou roli. Možná by v tomto stadiu bylo vhodné přehodnotit jak rizika, tak i prospěšnost slunečního světla a podívat se kriticky na rady, jež

v současné době dáváme veřejnosti. Je třeba se vyvarovat nadměrného množství slunečního světla, které by mohlo vést ke vzniku kožního karcinomu, ale nebyť na slunci vůbec (ze strachu nebo následkem jistého životního stylu) by mohlo vést ke zvýšení rizika kardiovaskulárního onemocnění,“ uvedl jeden z autorů výzkumu, prof. Martin Feelisch ze Southamptonské univerzity.

Současně s touto studií se v časopise *Journal of Molecular Endocrinology* objevily výsledky práce na geneticky modifikovaných myších

provedené na Univerzitě veterinární medicíny ve Vídni. Ty ukázaly, že vitamin D přímo působí na elasticitu krevních cév. „Tuhost (neohybost) krevních cév se zvyšuje s postupujícím věkem. Krevní tlak proto ve stáří stoupá a dochází ke strukturálním změnám v aortě. Elasticita cév tedy klesá a dlouhodobým nedostatkem vitamínu D se tento proces urychluje,“ vysvětlila dr. Světlana Slavíková z vídeňské veterinární univerzity.

(Zdroj: *Journal of Investigative Dermatology*)

(mls)

Perorální imunoterapie u dětí s alergií na arašidy

Časopis *Lancet* přinesl výsledky 2. fáze randomizované kontrované studie zaměřené na účinnost perorální imunoterapie u dětí alergických na arašidy.

Studie se zúčastnily děti ve věku od 7 do 16 let, u nichž se objevovala okamžitá hypersenzitivní reakce po požití burských oříšků, měly pozitivní kožní test a pozitivní reakci na *challenge* protein z arašídů ve dvojitě zaslepené studii kontrované placebem. Z výzkumu byly vyloučeny děti, které trpěly závažnou chronickou chorobou, dále ty, u nichž existovalo pouze nepotvrzené podezření na alergii tohoto typu mezi příbuznými, a také děti, které nemohly či nebyly schopny přijmout podmínky tohoto výzkumu.

Naděje do budoucna

Cílem studie byla desenzitizace, ke které došlo v experimentální skupině u 24 z 39 participujících (62%), ale u žádného subjektu v kontrolní skupině. 84% dětí v aktivní skupině tolerovalo po ukončení 1. fáze studie denní dávku 800 mg proteinu, což odpovídá přibližně 5 burským oříškům. Průměrné zvýšení pra-

hu tolerance po imunoterapii bylo 1345 mg (45–1400 mg), což je přibližně 25násobek. Po ukončení 2. fáze experimentální imunoterapie 54% participujících tolerovalo 1400 mg proteinu a 91% (79–98%) snášelo denní dávku 800 mg proteinu. Kvalita jejich života se touto léčbou zlepšila a nežádoucí reakce byly u většiny participujících mírné (31 trpělo nauzeou, 31 zvracením a 1 měl průjem, u několika se objevila alergická reakce mezi příbuznými, a také děti, které nemohly či nebyly schopny přijmout podmínky tohoto výzkumu).

(Zdroj: *Lancet*)

(mls)

TRENDY V ONKOLOGII

Léčba recidiv gynekologických zhoubných nádorů

Na programu 5. pražského mezioborového onkologického kolokvia byla jako samostatný blok zařazena problematika léčby recidiv gynekologických zhoubných nádorů. Vybrali jsme příspěvky týkající se možností jejich radikální léčby.

Podle údajů Národního onkologického registru představují onkogynekologické malignity 8 % celkové primární incidence zhoubných nádorů, v celkové prevalenci činí dokonce 18 %. Mezi gynekologické zhoubné nemoci patří nádory děložního těla, vaječníků a děložního hrdla (čípku). Dalšími zhoubnými onemocněními s nižším nebo vzácným výskytem jsou nádory vejcovodů, vulvy, pochvy a gestační trofoblastická nemoc, která vzniká vždy v souvislosti s těhotenstvím. Léčba recidiv gynekologických nádorů je každopádně složitější než léčba nádoru primárního. Možnost kurability v těchto případech závisí nejen na velikosti recidivy a jejím uložení, ale v neposlední řadě i na předchozí prodělané terapii.

Možnosti konvenční radioterapie

Výhodami i limity brachyterapií se v souvislosti s terapií recidiv onkogynekologických nádorů ve svém příspěvku zabývaly doc. MUDr. Martina Kubecová, Ph.D., z Radioterapeutické a onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV a MUDr. Věra Tomancová z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN a Ústavu radiační onkologie 1. LF UK a FN Na Bulovce.

S výskytem recidiv zhoubných gynekologických nádorů se MUDr. Tomancová ve své práci radiační onkoložky setkává zejména u karcinomů děložního hrdla a děložního těla, a to i po dobře provedené operační léčbě. Výskyt lokoregionálního relapsu se často objevuje relativně brzy po primární léčbě a prognóza nebývá právě optimistická. Situace je o to vážnější, že se v těchto případech poměrně často jedná o mladé ženy. Terapeutickou možností, respektive radikálním léčebným postupem je tu opět operace nebo radioterapie, případně v kombinaci s chemoterapií.

Velmi důležitým faktorem úspěšnosti zásahu je uložení recidivy. Platí, že nejlepší prognózu mají centrální recidivy poševního pahýlu. Jsou i nejlépe ozářitelné, jinde v pánevi je situace vý-

razně horší. Samozřejmě záleží také na velikosti recidivy, protože u větší než 3 cm nelze docílit dlouhodobějšího přežití jen radioterapií. 10leté přežití u malých recidiv řešených radioterapií dosahuje až 52 %. Negativní vliv na prognózu přežití pacientky má situace, kdy jsou už v době nálezu agresivního lokálního nádoru založeny i vzdálené metastázy.

Vysoká dávka záření blízko zdroje

U terapie lokoregionálního relapsu karcinomu endometria je v současné době odklon od použití brachyterapie, protože tento způsob léčby často – zejména u široké populace ve stadiu I, za nepřítomnosti kumulace rizikových faktorů – nezvyšuje přežití. Zachranná radioterapie až v době objevení se recidivy však přináší velmi dobré výsledky. U recidiv karcinomu endometria se nabízejí dvě možnosti radikálního přístupu, kterými jsou chirurgická léčba a radioterapie.

Efekt radioterapie závisí na rozsahu recidivy i aplikované dávce záření – lepší výsledky má situace, kdy lze přímo do nádoru aplikovat dávku alespoň 60 Gy, což nejlépe umožňuje samotná brachyterapie. Limitem použití samotné teleradioterapie je zejména nemožnost aplikovat vysokou dávku a přitom pacientku současně nevystavit vysokému riziku nežádoucích efektů. Při posuzování konkrétního případu je tedy třeba zvážovat chirurgickou léčbu, upřednostňovat použití brachyterapie a v indikovaných případech nepomínat na sofistikované techniky radioterapie řízené obrazem, radioterapie s modulovanou intenzitou (IMRT) i stereotaktické radioterapie.

Brachyterapie ušetří periferie

Úzkou souvislost stávající kurability pacientek, které jsou nyní v recidivě gynekologického zhoubného nádoru, a předchozí prodělané terapie zdůraznila docentka Kubecová. Platí to zejména pro radioterapii, protože aplikovaná dávka záření je dána

a nelze ji už nikdy opomenout. „Jednotlivé tkáně mají určitou toleranci vůči záření, a pokud bychom ji překročili, velmi pravděpodobně bychom pacienta výrazně poškodili,“ připomněla Martina Kubecová.

Jak dále uvedla, jednou z výhod brachyterapie je její nehomogenita. Na rozdíl od zevního záření tato metoda uplatňuje vysokou dávku záření blízko jeho zdroje a se vzdáleností od zdroje záření vysoce ubývá, čili brachyterapie šetří periferie, protože umožňuje chránit zdravé tkáně. Zároveň možnost aplikace vysoké dávky přímo do nádoru výrazně zvyšuje naději na vyléčení. Při kombinaci obou metod se nejčastěji zevní terapií nádor zmenší a brachyterapie doplní dávku do zmenšeného objemu tumoru. Brachyterapii lze uplatnit při léčbě recidiv prakticky všech gynekologických malignit, výjimku tvoří karcinom ovarii.

Přesnost ozáření zvyšuje i krátký čas aplikace (eliminují se pohyby pacientky, eventuálně jejich vnitřních orgánů). Metoda umožňuje ambulantní provedení, u výkonů v celkové anestezii je potřeba jen krátká narkóza, protože aplikátory jsou tenké a při jejich zavádění například do dělohy se nemusí dilatovat. Výhodnost použití metody právě v gynekologii je dána i vysokou tolerancí vaginální sliznice vůči záření. Podle zkušeností docentky Kubecové lze použít dávky vyšší než 80 i 90 Gy (ve dvou sériích), aniž by nastala nežádoucí reakce, ale nádor to zlikviduje. Nelze popřít, že brachyterapie, tak jako jakékoli ozařování, může být provázena komplikacemi; zejména jeho pozdní nežádoucí účinky jsou ireverzibilní a je třeba s nimi počítat. Možná negativa existují, ale i tak je nutné vždy brát na vědomí, že největší komplikací pro pacientku je perzistence nádoru.

Stereotaktická radioterapie a gynekologické malignity

Oproti „klasické“ radioterapii pracuje stereotaktická radioterapie s vylepšenými systémy lokalizace cílového objemu záření

a jeho kontroly před a/nebo během léčby. Nejde tedy o žádný nový a lepší zdroj, ale větší přesnost a konformitu. „Cyberknife ozařuje s deseti- až třicetinásobnou přesností oproti dosavadním lineárním urychlovačům,“ vysvětlil přednosta Kliniky onkologické LF OU a FN Ostrava doc. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA. Metoda umožňuje redukovat bezpečnostní lemy kolem cílového objemu a tím dodat podstatně vyšší dávku záření do tumoru a zároveň výrazně šetřit zdravé tkáně. Léčba se podává jednorázově nebo v malém počtu frakcí, nejvýše v pěti. Cyberknife provádí veškeré úkony jako Leksellův gama-nůž, a to na ložiscích kdekoli v organismu, která jsou mála rozsahem či počtem. Léčba má prakticky zanedbatelnou toxicitu a je takřka bez vedlejších účinků. Co se týče onkogynekologické indikace použití stereotaktické radioterapie, může to být alternativa u pacientek, které nemohou podstoupit brachyterapii. Cyberknife tak může těmto pacientkám dát naději například u lokálně pokročilého karcinomu cervixu. Jeho použití není ani v terapii onkogynekologických recidiv žádný mainstream, ale podle názoru docenta Feltla z něj lze ve vybraných případech mohou významně profitovat. Indikací jsou izolované uzlinové relapsy, inoperabilní lokální recidivy v pánevi, obecně do velikosti 5 x 6 cm, pro použití u větších je metoda problematická.

Recidivy gynekologických malignit a operační léčba

Zásadním otázkám operační léčby recidiv gynekologických malignit se věnoval prof. MUDr. David Cibula, CSc., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. V této souvislosti hovořil o ovariálním karcinomu a následně shrnul dohromady příslušnou problematiku karcinomu děložního hrdla a endometria, jež jsou si v operačních postupech navzájem v mnohém podobné.

U chirurgického řešení karcinomu ovaria byla zhruba před pat-



Doc. Martina Kubecová.

Foto: Jana Jilková

nácti lety potvrzena hypotéza významu optimální cytoredukce, a to na rozsáhlé německé studii s pacientkami s pokročilým stadiem karcinomu ovaria. Dokázán tak byl markantní rozdíl v přežití pacientek, u nichž bylo dosaženo optimální cytoredukce, nyní jednoznačně definované jako neponechání žádného makroskopického rezidua na konci operace v dutině břišní, ve srovnání s pacientkami, kde určité reziduum zůstalo. Rozdíl je to skutečně zásadní, protože jde o prodloužení mediánu přežití z 37 na 76 měsíců.

Posun u karcinomu ovaria

Následně se zájem onkologů soustředil na zjišťování, zda stejný princip funguje také u recidiv, a další studie potvrdily, že u první recidivy ovariálního karcinomu při dosažení nulového rezidua v dutině břišní je možné signifikantně zlepšit prognózu přežití pacientek. Podmínkou však je, že musí být dosaženo skutečně nulového rezidua, protože skupiny s 2- či 3centimetrovým ponechaným reziduem se od sebe přežitím neodlišují. Obdobně příznivě tento princip platí nejenom u první, ale také u druhé nebo třetí recidivy. Přežití pacientek ovlivňuje nejen ponechání rezidua (ačkoli to hraje hlavní roli), ale vedle toho také interval do recidiv, přítomnost ascitu, onemocnění v oblasti epigastria a v případě druhé recidivy také podání neplatinového derivátu ve 3. linii chemoterapie.

Jak profesor Cibula zdůraznil, za posledních deset let došlo u terapie karcinomu ovaria obecně k významnému posunu: Tehdy se chirurgie používala výjimečně



Moderátorkou konference byla doc. Petra Tesařová. | Foto: Jana Jilková

s kurativním nebo léčebným záměrem, operovalo se pouze v paliativních indikacích. V dnešní době se karcinom ovaria operuje stále častěji a cíl je stejný, totiž optimální redukce recidivy. Nutnost selektovat pacientky při indikaci je zásadní, jde o radikální, pro organismus velmi náročné výkony. Kromě relativně dobrého celkového stavu pacientky musí samozřejmě jít o recidivu, kde zobrazovací vyšetření uka-

zují reálnou šanci onemocnění radikálním zákrokem skutečně odstranit.

Karcinomy děložního hrdla a endometria

Operační postupy u karcinomu děložního hrdla a karcinomu endometria jsou si poměrně blízké, rozdíly však samozřejmě existují. U karcinomu endometria bývají větší problémy zejména u starších pacientek, situaci u nich navíc často komplikuje obezita. Ta také bývá limitem pro radikální chirurgickou léčbu. Specifikem karcinomu endometria je skutečnost, že jen z malé části jde o recidivy izolované a recidivy lokoregionální, naopak jsou to většinou recidivy generalizované anebo vzdálené, kde je pro chirurgii již značně omezený prostor působnosti.

Podle recentní americké studie na 2500 případech endometriálního karcinomu bylo jen 10 % onemocnění lokalizováno v pánevi, 40 % v dutině břišní a 50 % bylo případů vzdálených metastáz. Chirurgické léčení recidiv znamená zpravidla zaměření se na re-

cidivy lokoregionální. Poměrně jednoduchá může být situace pro řešení drobných recidiv v pochvě, na perineu či vulvě, ale těžší je v recidivách pánevních. Často jsou chirurgicky léčeny pacientky po primární chemoradioterapii, zejména u karcinomu děložního hrdla. Tato situace je ovšem komplikovaná, protože zde je chirurgie poslední modalitou, kterou lze nabídnout. Operace musí

mít kurativní záměr, proto musí být dostatečně radikální.

Exenterační výkony

Po radioterapii je situace anatomicky velmi komplikovaná, radikální operace vzhledem k topografii ostatních orgánů znamená většinou exenterační výkon. Tento výkon může být z hlediska lokalizace recidivy buď velice principiální v rozsahu přední

exenterace, to znamená, že se odstraňuje i močový měchýř a ponechává se přirozená derivace stolice, nebo zadní, kdy je naopak odstraněno rektum a ponechána je derivace močová. V některých případech je nutné přistoupit k exenteraci totální, kdy jsou odstraněny oba orgány.

Jde o zásahy zatížené velkou morbiditou, s průměrnou délkou hospitalizace 1 měsíc. Zároveň jsou to výkony extrémně náročné na provedení, operace trvá i sedm hodin. Zásadní, život ohrožující komplikace má po těchto operacích 20-30 % pacientek. Pětileté přežití po exenteracích pro recidivy u karcinomu cervixu a endometria se podle studií pohybuje v rozmezí 30-50 %. Lepší šance na dlouhodobé přežití z těchto dvou skupin mají pacientky ze skupiny s karcinomem endometria. Závěrem profesor Cibula shrnul, že exenterace jsou sice značnou zátěží pacientek i velmi náročným výkonem pro chirurgy, ale je třeba si uvědomit, že bez nich by dožití všech těchto žen bylo minimální a s velmi špatnou kvalitou života.

Jana Jilková



MUDr. Věra Tomancová, doc. Martina Kubecová a prof. David Cibula.

| Foto: Jana Jilková

Novinky z ASCO GI 2014

Personalizace a individualizace onkologické léčby v klinické praxi. Takové motto nesla mezinárodní konference ASCO GI 2014, jež se konala v polovině ledna v San Francisku.

Novinky z konference prezentoval během onkologického kongresu PragueONCO 2014 (22.-24. ledna v Praze) přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN a Ústavu radiační onkologie 1. LF UK a FN Brno prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

„Personalizace a individualizace znamená identifikaci vybrané skupiny nemocných a zároveň eliminaci těch, kteří terapii vůbec nepotřebují nebo pro něž nebude přínosem,“ uvedl na úvod. K nejzajímavějším sdělením z oblasti nonkolorektálních karcinomů patřily podle jeho slov přednášky týkající se karcinomu žaludku a karcinomu slinivky břišní. „Objevila se nová možnost léčby 2. linie metastazujícího karcinomu žaludku, poprvé zde byly prezentovány výsledky klinické studie RAINBOW využívající ramucirumab jako antiangiogenní léčbu adenokarcinomu žaludku ve 2. linii, po selhání 1. linie,“ konstatoval.

Nová modalita

Ramucirumab (IMC-1121B, Eli Lilly) je monoklonální protilát-

ka cílená na extracelulární část receptoru pro endotelový růstový faktor (VEGFR-2) inhibující vazbu ligandu a aktivaci receptoru. V indikaci léčby pokročilého adenokarcinomu žaludku a gastroezofageální junctce (GEJ) ve 2. linii prokázala monoterapie ramucirumabem v klinické studii fáze III REGARD prodloužení přežití bez progresu (PFS) a celkového přežití (OS).

Účinky nové léčby potvrzují i randomizovaná, dvojitě slepá studie fáze III RAINBOW. Ta srovnávala kombinaci ramucirumabu a paklitaxelu s placebem a paklitaxelem. U pacientů s pokročilým adenokarcinomem žaludku nebo GEJ a s progresí onemocnění po léčbě v 1. linii bylo po podání dvojkombinace pozorováno statisticky i klinicky významné prodloužení OS o více než 2 měsíce, zároveň došlo k prodloužení PFS a zvýšení počtu objektivních léčebných odpovědí (ORR). V rameni s ramucirumabem byl sice zaznamenán vyšší počet případů neutropenie, výskyt febrilní neutropenie však byl v obou větvích srovnatelný.

„V San Francisku byla opakována paradigmatu léčby metastazujícího kolorektálního karcinomu. Dlouhodobého kurativního léčebného efektu lze dosáhnout pouze při multimodální léčbě, není to tedy možné bez zařazení chirurgické intervence,“ poznamenal profesor Petruželka.

Základní režimy chemoterapie nedoznaly velkých změn: patří mezi ně FOLFOX, XELOX, FOLFIRI. „Možná by se sem dal zařadit FOLFIRINOX, ale to je kombinace již známých,“ dodal profesor Petruželka.

Individualizace a bezpečnostní rizika

Jedním z hlavních výstupů ASCO GI 2014 bylo zjištění, že přidání cílené biologické léčby zlepšilo léčebné výsledky, zatím však méně, než se očekávalo. „Individualizace terapie na bázi molekulárních prediktivních faktorů je správnou cestou, přičemž základem je rozhodnutí multidisciplinárního týmu. Při nevhodném postupu bez chirurgické intervence může nemocný přijít o šanci na dlouhodobé vyléčení,“ shrnul přednášející.

Z bezpečnostního pohledu byly hojně diskutovány závěry studie COMBATAC. Ta hodnotila účinnost cytoredukční chirurgie (CRS) a hypertermické intraperitoneální chemoterapie (HIPEC) jako možnosti multimodální léčby selektovaných nemocných s peritoneálním rozsevem kolorektálního karcinomu. Jednalo se o pacienty, u kterých nebyl mutován gen KRAS, z toho důvodu měli nasazen režim FOLFOX a cetuximab a intraperitoneálně pak byla použita oxaliplatin. U prvních 16 pacientů bylo hlášeno celkem 51 nežádoucích účinků. 23 spadalo do kategorie G1, 14 do G2, 13 do G3 a jeden do G4. Nejčastějšími G3/4 komplikacemi byly infekce, trombóza a obstrukce močových cest. „Procento nežádoucích účinků je poměrně vysoké, takže tento postup je doporučován pouze v rámci klinických studií,“ komentoval výsledky Luboš Petruželka.

Rada otevřených faktorů

Další velmi zajímavý výsledek přineslo využití intrahepatální aplikace irinotekanu DEBIRI (iri-



Prof. Luboš Petruželka.

| Foto: Leoš Chodura

notecan drug-eluting beads, irinotekan vázaný na nosič), který se podává intraarteriálně. V kombinaci s intravenózní aplikací FOLFOX vedl tento postup u nemocných s neresekabilními jaterními metastázami kolorektálního karcinomu k „downstagingu“ a umožnil následnou resekci u více než jedné třetiny z nich. To vše bez navýšení toxicity a ovlivnění dávky intravenózně podávané chemoterapie. U pacientů s jaterními metastázami jako dominantním metastatickým postižením vedlo DEBIRI v kombinaci se systémovou chemoterapií v 1. linii k vyššímu počtu ▶

KULATÝ STŮL

léčebných odpovědí (RR) ve srovnání s FOLFOX.

Už dříve publikovaná studie FIRE-3 srovnávala účinnost kombinace FOLFIRI + bevacizumab vs. FOLFIRI + cetuximab. Byla provedena řada dalších analýz, přičemž jedna z nich byla prezentována právě na ASCO GI 2014. Na základě dostupných vzorků tkáně byly zjišťovány mutace BRAF a PIK3CA, které tak rozšiřují spektrum biomarkerů. Zmíněná subanalýza demonstrovala, že BRAF je prognosticky nepříznivý faktor, a co se týká ORR, PFS

a OS, vykazují obě kombinace obdobnou, tedy neuspokojivou účinnost.

V případě bevacizumabu byl zaznamenán trend zlepšení PFS a počtu léčebných odpovědí u mutace RAS a trend pro zlepšení PFS u mutace PIK3CA. U kombinace s cetuximabem došlo k prodloužení OS u mutace RASwt. „Dá se říci, že je zde stále řada otevřených faktorů. Každopádně i ve Spojených státech amerických začínají vyšetřovat celý onkogen RAS, nejenom KRAS,“ upozornil autor sdělení.

Optimální režim a kontroverze

Na kongresu ASCO GI 2014 byly opakovaně probírány aktuální problémy v řešení jaterních metastáz. „Ukazuje se, že pro multidisciplinární tým je při iniciálně resektabilních metastázách definice resektability velmi kontroverzní. Je otázkou, zda používat primární resekci, perioperační farmakoterapii, konvenční chemoterapii nebo chemoterapii a biologickou léčbu. Stále to zůstává předmětem dohadů a ukazuje se, že v případě jednoznačné

resektability by mohla být upřednostňována primární resekce,“ vysvětlil prof. Petruželka.

Překvapivým zklamáním podle něj skončily výsledky studie newEPOC, jejímž obsahem bylo hodnocení předoperační biokemoterapie (FOLFOX + cetuximab). Tato kombinace měla horší efekt než samotná chemoterapie. „Je potřeba brát tato zjištění v úvahu při rozhodování u primárně operabilního onemocnění. Studie sice sklidila velkou kritiku, protože data nebyla dostatečně zralá a ho-

mogenní, nicméně je to určité upozornění.“

Jaký je tedy optimální léčebný režim? „Pro iniciálně resektabilní jaterní metastázy je to patrně chemoterapie bez biologické léčby. V případě potenciálně resektabilních už bioterapie má své místo. U postresekční léčby je ovšem základem chemoterapie bez bioterapie. Kontroverzi nadále vyvolává otázka zda v adjuvanci použít též bioterapii, pokud u potenciálně resektabilních pacientů dojde k odpovědi,“ uzavřel profesor Petruželka.

Jiří Škuba

Léčba karcinomu pankreatu: agrese, nebo nová naděje?

V oblasti léčby karcinomu pankreatu je situace stále velmi temná. Křivka mortality velmi těsně kopíruje křivku incidence a medián celkového přežití (OS) v žádné studii zatím nepřekročil 12 měsíců. Je vůbec v současné době možné zlepšit terapeutické výsledky?

„U tohoto onemocnění je největší prostor. Výsledky jsou totiž tak špatné, že už horší být nemohou,“ uvedl přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN a Ústavu radiční onkologie 1. LF UK a FN v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc., během diskuse v rámci onkologického kongresu PragueONCO 2014, jenž se konal 22.–24. ledna v Praze.

Chemoterapeutickou klasiku v léčbě metastazujícího karcinomu pankreatu reprezentuje od roku 1996 gemcitabin (Gemzar, Eli Lilly), o deset let později se začal využívat erlotinib (Tarceva, Roche). „V kombinaci s gemcitabinem přinesl statisticky signifikantní zlepšení, ale klinicky nepoužitelné. Rozdíl v celkovém přežití byl 14 dní,“ dodal prof. Petruželka.

Zatím největšího prodloužení mediánu celkového přežití dosáhl režim FOLFIRINOX (oxaliplatin, 5-fluorouracil, irinotekan a leukovorin), který pacienti poprvé dostali v roce 2010. Medián OS sice prodloužil na 11,1 měsíce, ale vyznačuje se vysokou toxicitou. „Režim jsme měli vyzkoušený u kolorektálního karcinomu, a tak jsme přešli i k pankreatu. Pokud se začíná s redukovanou dávkou, tolerance je dobrá a od dalšího cyklu nemáme důvod k obavám. Zatím musím říct, že jsme léčebně odpovědi zaznamenali,“ prohlásil MUDr. Igor Kiss, Ph.D., z Masarykova onkologického ústavu v Brně (MOÚ).

Bud' agresivní, nebo žádná

Jak zdůraznil přednosta Kliniky komplexní onkologické péče MOÚ v Brně prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc., existují dvě cesty: buď léčba agresivní, nebo žádná. „Nic jiného nemáme. Pořád se bojíme toxicity, ale když je pacient v dobrém stavu, umíme ho ochránit a zachovat jakousi kvalitu života. Nemám rád výrazy jako redukce dávek. Při výraznějším snížení je to podobné, jako kdybychom podávali lentilky.“

S jeho slovy souhlasil i přednosta Onkologické a radioterapeutické kliniky LF UK a FN Plzeň prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D. „Musíme si uvědomit, co je to adjuvantní léčba. Jde o terapii latentního subklinického onemocnění, které se nikterak neprojevuje. Řadu nemocných léčíme zbytečně, protože i kdybychom jim adjuvantní léčbu nepodali, jejich choroba by neprogredovala. Taková je skutečnost třeba u karcinomu prsu. Tumor pankreatu je však zcela jiný případ, neboť u něj víme, že 98 procent nemocných je v době diagnózy latentně generalizováno, a význam adjuvantní léčby je tedy kurativní. Proto skutečně existují dvě možnosti: buď se plně věnovat agresivitě, nebo nedávat nic.“

Ne každý nemocný je však indikován pro agresivní léčbu v režimu FOLFIRINOX. Terapie může být nakonec vhodná pouze

pro pětinu z nich. „Záleží na jejich performance statutu nebo na komorbiditách. Jde o to posouvat razantnější léčbu směrem k perspektivnějším pacientům,“ upozornila přednosta Onkologické kliniky 2. LF UK a FN Motol doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA.

Možný nový směr

V loňském roce se navíc objevila další možnost. Studie IMPACT, prezentovaná na lednovém kongresu ASCO GI 2014 v San Francisku, srovnávala nab-paklitaxel (Abraxane, Celgene) + gemcitabin vs. samotný gemcitabin. Zatímco u pacientů v rameni s dvojí kombinací celkové přežití (OS) dosahovalo 8,7 měsíce, u samotného gemcitabinu činilo 6,6 měsíce. „Zase se nepodařilo prorazit hranici 12 měsíců, ale tolerabilita a snášenlivost ve smyslu nežádoucích účinků byla výrazně lepší,“ shrnul výsledky studie profesor Petruželka. Zajímavým zjištěním pak bylo, že z pacientů, kteří kromě gemcitabinu dostávali také nab-paklitaxel, 3% přežila 42 měsíců. Autoři však nespécifikovali, zda v jejich případě šlo o dukální adenokarcinom. „Se schématem FOLFIRINOX vzhledem k jeho toxicitě nemáme zrovna nejlepší zkušenost a většínou dáváme FOLFOX (5-fluorouracil s leukovorinem a oxaliplatinou), i když na to nejsou data. Spíš než s gemcitabinem, jehož přínos je marginální, by mě zají-

mala kombinace nab-paklitaxelu s FOLFOXEM,“ nastínil možný nový směr profesor Fínek.

Účinnost zmiňované kombinace byla obsahem klinické studie fáze I, jež byla prezentována na kongresu ASCO GI 2014. „Ukázalo se, že přejde do fáze II, protože tolerance byla docela dobrá. U karcinomů pankreatu se musí postupovat trochu s mírou. Já bych upřednostnil právě nab-paklitaxel s gemcitabinem a vsadím se, že bude úspěšnější než režim FOLFIRINOX. Současné analýzy ukázaly, že originální dávkování FOLFIRINOXU prakticky nejde dodržet a k redukci dávky dochází u 80 procent pacientů,“ dodal Luboš Petruželka.

Nefavoritní oblasti

Určitou nadějí by mohla být skutečnost, že se farmaceutický průmysl dosud věnoval onkologickým diagnózám, které mají podstatně lepší prognózu. Nyní se začíná zaměřovat i na tak nefavoritní oblasti, jakými jsou léčba malobuněčného karcinomu plic nebo karcinomu pankreatu. „Pokud máte miliardu dolarů a rozhodujete se, kam je investujete, vyberete si oblast, která vám přinese profit a kde něčeho dosáhnete. U většiny diagnóz výzkum adjuvantní léčby probíhá výrazně intenzivněji a samozřejmě s určitými výsledky. Teď, když jsou všechny zajímavé diagnózy obsazené, všude už je přetlak a mnohdy máme na jednu diagnózu více léků než paci-



Prof. Jindřich Fínek.

Foto: Miroslav Chaloupka

entů, se však výzkum přesouvá i do těchto oblastí. A já věřím tomu, že jsme na začátku cesty, která v adjuvanci povede k lepším výsledkům,“ podotkl Jindřich Fínek.

Skluzačka, na které nelze zastavit

Dalším bodem diskuse byl způsob jak přistupovat k náhodně nalezeným, asymptomatickým nemocným. „Když je asymptomatický a nechá se bez intervence, může před sebou mít více měsíců života bez komplikací, než kdyby se začal agresivně léčit,“ souhlasil profesor Petruželka. Podle profesora Fínka je však v případě asymptomatického pacienta nutné verifikovat diagnózu. „Není možné říci, že pacient má bouli na pankreatu a asi je to karcinom. Musí dojít k histologickému vyšetření. Takže buď se tam napíchneme, nebo přistoupíme k resekcčnímu výkonu. A už jsme na skluzačce, na které se nezastavíme.“

Podle údajů z roku 2010 se nůžky mezi incidencí a mortalitou sice rozevírají, ale značně pomalu. Index obou ukazatelů se v současnosti pohybuje kolem 0,85. Kde se léčba výrazněji neprosazuje, musí se hledat jiné řešení.



Doc. Bohumil Seifert.

Foto: Leoš Chodura

„Zřejmě je potřeba jít cestou rizikových faktorů, tedy zdůrazňováním rizik některých skupin,“ uvedl přednosta Ústavu všeobecného lékařství I. LF UK v Praze doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. Pacienti tak většinou přicházejí k onkologovi v pozdních stádiích, aniž by však něco zanedbali.

Jak zlepšit záchyt

„Společně s hygienou bychom se měli více angažovat v primární prevenci. Známe rizikové fakto-

ry. V první řadě je potřeba udělat edukativní kampaň. A co se týče sekundární prevence, screening se využívat nedá, tyto metody kolikrát karcinom neodhalí. Ale můžeme se soustředit na rizikové skupiny. Pochopitelně to není nic zázračného,“ konstatoval profesor Vyzula s tím, že nadějí do budoucna může být genetické profilování. „Testování genomu ukáže, jestli existují nějaké rizikové parametry. Jinak to vidím dost černě. Ale přimlouvám se, abychom udělali alespoň něco a společně s hygienou určitou aktivitu v rámci České onkologické společnosti ČLS JEP vyvinuli.“ Není ovšem zcela jisté, zda včasný záchyt pomůže zlepšit terapeutické výsledky. „Přispějí ke všeobecné skepsi. Mám několik pacientů s náhodně nalezeným karcinomem pankreatu, bohužel skončili stejně jako všichni ti, kteří přišli v pokročilém stadiu onemocnění. To znamená, že byli radikálně odoperováni, následně pět šest měsíců kompletní remise, poté jim začal stoupat nádorový marker CA 19-9 a za tři měsíce měli metastázy ve všech parenchymatózních orgánech.

Jde sice o malou skupinu, ale je to výsledek, který člověku bere chuť i k preventivním úkonům, protože dopadli úplně stejně, bez ohledu na stadium onemocnění,“ dodal profesor Fínek.

Nepodceňovat nespecifické příznaky

Přednosta I. chirurgické kliniky – kliniky břišní, hrudní a úrazové chirurgie I. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc., upozornil na značné rezervy v záchytu. Podle něj je rozdíl v případech karcinomu kaudy pankreatu, kde skutečně nejsou jiné možnosti s výjimkou vyhledávání rizikových skupin, a karcinomu v oblasti hlavy pankreatu.

„Největší problém vidím v okamžiku, kdy pacient přijde s tím, že zežloutl nebo má nějaký problém v podjaterní krajině. Objednávání na speciální vyšetření je taková anabáze, že má velké štěstí, když se do dvou měsíců dostane do špitálu,“ uvedl profesor Krška. „Myslím, že povědomí o tomto problému je nízké. Cokoli bolí pod pravým obloukem, je žlučník, cokoli bolí uprostřed, je žaludek, a jakmile pacient ze-

žloutne, zřejmě něco špatného snědl. To je jedna z nejčastějších zavádějících diagnóz a skutečně to bývá v jejich anamnézách uvedeno. Chápu, že existují nespecifické příznaky, ale už jenom ona obávanost karcinomu pankreatu by se měla přenést na praktiky s tím, že je potřeba v podjaterní krajině myslet na možnost některé z těchto malignit. To by mohlo zcela zásadně ovlivnit primární záchyty v oblasti hlavy pankreatu,“ pokračoval.

Podobné zkušenosti má i doc. Prausová. „Myslím, že se šíleně podceňují anamnézy. Pacienti chodí za praktiky s bolestmi v zádech a dostávají obšťiky, později jim však diagnostikujeme inoperabilní karcinom. Druhá věc je, že ke mně přijde řada lidí, kteří byli dlouho zastentováni a nikam neodeslaní. Vyřeší se obstrukce, ale neřeší se, proč ji nemocný má. Zastrčí se roura, on odžloutne, ale pak už se nechá být. A dokonce jsou případy, kdy se pacientovi řekne „najděte si onkologa“, on přitom neví proč. Rezervy jsou a není pravda, že se s tím nedá nic dělat. Stesky pacientů se výrazně podceňují a z dů-

vodu jakéhosi šetření se neudělá být jenom sonografie, která by už leccos mohla odhalit. Lidem se moc nevěří, hlavně se takzvaně zbytečně nevyšetřuje.“

Nejít britskou cestou

Česká republika je typická v tom, že návštěvnost pacientů u lékaře je dvakrát vyšší než evropský průměr. Příkladem může být srovnání s Velkou Británií, kde je dostupnost běžných vyšetření, jako je třeba ultrazvuk, dramaticky nižší než v tuzemsku. „Já můžu mít ultrazvuk ve svém rajonu během dvou dnů a myslím, že totéž platí pro skoro všechny praktiky v České republice. Zajímalo by mě, jestli tato dostupnost péče znamená, že v Británii mají větší problémy než my,“ podotkl docent Seifert. „Podle posledních údajů má Velká Británie a Irsko jedny z nejhorších výsledků, co se týče celkového přežití. Ve všech malignitách. Zrovna cestou Británie bych se tedy nebírala. U nás je mezi lidmi takové zaklínadlo, že v Anglii a ve Švýcarsku je všechno super, ale ono tomu tak není,“ uzavřela docentka Prausová. **Jiří Škuba**

Inzerce M141000272

Mořský koník VZP odstartoval už 21. ročník

Pošlete své malé pacienty k moři

- léčebně-ozdravné pobyty letos až o 2 500 Kč levněji
- tři týdny s kompletní péčí na poloostrově Chalkidiki už za 7 tisíc Kč
- pro lékaře 174 Kč za potvrzení každé přihlášky podané u VZP

Odlety z ČR od 2. 6. do 25. 8. 2014

Jak na to

- Pobyty jsou pro děti pojištěné u VZP, chronicky nemocné některou z indikací (ale nemající žádnou z kontraindikací) uvedených na www.vzp.cz/morsky-konik.
- V den odletu musí být dítěti alespoň 6 let a v den příletu méně než 18 let.
- Přihláška je na webu a na všech pracovištích VZP.
- Přihlášku podává zákonný zástupce dítěte. Musí obsahovat souhlas registrujícího lékaře, nebo ošetřujícího specialisty (vyjádření lze přiložit i jako samostatnou lékařskou zprávu).
- Potvrzení přihlášky si lékař vyúčtuje kódem 02033 v částce 174,00 Kč/přihláška. Vyúčtování provede zvláštní fakturou s přiloženým tiskopisem dokladu 01, kterou zašle na Odbor zdravotní péče dané Regionální pobočky VZP.
- Platba nebude vstupovat do regulací na výkony nad rámec kapítace.
- Přihláška, kterou zákonní zástupci nakonec nepodají, proplacena nebude.

Podrobné informace jsou na www.vzp.cz/morsky-konik

VZP
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

**TŘI TÝDNY U MOŘE
JIŽ OD 7 000 Kč**

ODBORNÉ AKCE

Kongres ESOU poprvé v Praze

Ve druhé polovině ledna proběhlo v pražském hotelu Hilton 11. výroční setkání ESOU – onkourologické sekce Evropské urologické společnosti.

Kongres ESOU je nejvýznamnější evropská odborná akce na poli onkourologie, na jejíž přípravě se podílejí přední odborníci z řad urologů, respektive radiačních a klinických onkologů. Má převážně edukační zaměření, důležitým cílem je rovněž zvýšit zájem mladých lékařů o tento obor. „Jedná se o doposud největší urologickou akci konanou od revoluce nejen u nás, ale vůbec v zemích střední a východní Evropy. V posledních letech si získala velkou popularitu, o čemž svědčí téměř 900 účastníků z řad urologů, klinických onkologů, radiačních onkologů a dalších oborů. Příspěvky se zaměřovaly na různé aspekty diagnostiky a léčby nádorových onemocnění v urologii, část programu byla věnována diskusím nad terapeutickými postupy a kontroverzními tématy,“ přibližuje akci předseda České urologické společnosti ČLS JEP a prezident kongresu prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc.

Kongres se tradičně zaměřuje na celou šíři onkourologické problematiky. V následujícím příspěvku přinášíme přehled toho nejdůležitějšího, co zaznělo v průběhu odborného programu.

Karcinom prostaty

V bloku zaměřeném na karcinom prostaty se přednášející za moderování prezidenta ESOU prof. Maurizia Brausiho z Modeny a prof. Vincenta Raveryho z Paříže věnovali různým aspektům diagnostiky tohoto zhoubného nádoru. Diskutována byla samozřejmě i otázka a role screeningu, hlavně v tuto chvíli upřednostňované tzv. časné detekce karcinomu u informovaného muže. Debatovalo se také

o konkrétním využití a interpretaci hodnot PSA, biopsii prostaty, její indikaci, významu magnetické rezonance při plánování a provedení biopsie, spolehlivosti patologického nálezu a roli tkáňových biomarkerů jako prediktorů prognózy onemocnění. V dalším bloku pod vedením prof. Marka Embertona z Londýna a prof. Manfreda Wirtha z Drážďan byl probrán postup u mladých mužů s nízkorizikovým lokalizovaným karcinomem prostaty. Prezentována byla pozitivní a negativní jednotlivých možností – aktivního sledování, aktivní operační nebo radiační léčby i v tuto chvíli experimentální fokální léčby (HIFU, nanoknife, kryoterapie ad.). Vyzdvížena byla role patologa. „Spolupráce s patologem se dnes považuje za klíčovou v rozhodování o individuálním léčebném postupu. Hodně se zdůrazňuje, že urolog musí zasílat biopsické vzorky v optimálním stavu. Způsob a místo odběru, zpracování a uchování vzorku – to vše je důležité pro stanovení diagnózy, prognózy a úspěch v léčbě. Stejně tak patolog musí mít jasno v tom, co od něj urolog očekává a které informace potřebujeme znát,“ vysvětluje profesor Babjuk.

V bloku moderovaném prof. Bobem Djavanem z Vídně a prof. Günterem Janetschkem ze Salburku odborníci diskutovali o léčebných možnostech vysoce rizikového lokalizovaného karcinomu. Potvrdil se trend zvyšujícího se využití radikální prostatektomie u těchto pacientů, hodnoceny byly jednotlivé možnosti jejího provedení. Velmi sledovanou přednášku pronesl přední francouzský radiační onkolog profesor Alberto Bossi, kte-

rý posuzoval přínos radioterapie a jednotlivých moderních radio-terapeutických přístupů. Prezentoval relativně skeptický pohled na další přínos protonového záření ve srovnání s moderními metodami fotonové radioterapie či brachyradioterapie.

Část programu se zaměřila také na nové možnosti léčby kastročného refrakterního karcinomu prostaty včetně nových hormonálních preparátů (abirateron, enzalutamid), cytostatik (kabazitaxel), respektive radia-223.

Renální karcinom

Patřičně pozornosti se dostalo rovněž renálnímu karcinomu. „Zde je třeba připomenout, že Česká republika má nejvyšší incidenci nádorů ledvin na světě,“ upozornil profesor Babjuk. V bloku věnovaném tomuto karcinomu, moderovaném prof. Peterem Muldersem z Nijmegeny a prof. Halukem Özenem z Ankary, se účastníci zamýšleli nad otázkami gradingu v souvislosti s novou patologickou klasifikací.

Diskutovalo se rovněž o nevhodnějším léčebném postupu u pacientů nad 75 let, kteří mají karcinom ledviny větší než 3cm. Přednášející prezentovali výhody a nevýhody využití ablační terapie a chirurgického zákroku a kladli si otázku, zda má u těchto pacientů své místo i aktivní sledování. S příspěvkem v dané sekci vystoupil i přednosta Urologické kliniky LF UK a FN Plzeň prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D. Hledal odpověď na otázku, zda lze predikovat konkrétní histologický typ renálního tumoru na základě využití zobrazovacích metod a makroskopického obrazu, respektive jaké to má klinické důsledky.

Karcinom močového měchýře

V sekci věnované prevenci, diagnostice a léčbě nádorů močového měchýře se účastníci mohli dozvědět více o nových tumorových markerech, diagnostických metodách, jako je fluorescenční cystoskopie, a jejich významu u transuretrální resekce, respektive o různých postupech u pokročilého nádoru.

„S profesorem Brausim jsme debatovali o některých aspektech radikální léčby karcinomu močového měchýře, například o výhodách a nevýhodách odstranění prostaty v rámci radikální cystektomie. U sexuálně aktivních mužů je jistě snaha zvažovat otázku rozsahu operace s ohledem na zachování sexuálních funkcí. Nesmí to však být na úkor onkologických výsledků, což je v současné době obtížně dosažitelné,“ upozorňuje Marek Babjuk. Následná debata se zaměřovala na léčebnou volbu mezi BCG imunoterapií a chemoterapií u tzv. povrchových nádorů.

Další příspěvky se týkaly diagnostiky a léčby karcinomu penisu (konkrétně incidence a klasifikace preinvasivních lézí a možností miniinvasivních technik u lokalizovaného nádoru) a karcinomu varlat. „V sekci věnované komplikacím operačních výkonů u onkourologii jsme se pak nad několika kazuistikami zamýšleli jak komplikacím předcházet a jak je optimálně řešit, pokud již nastanou,“ dodává prof. Babjuk. Součástí konference byl tzv. STUPEŠ program neboli „Sessions to evaluate progress“, v němž mohli vybraní mladí urologové diskutovat s experty v vývoji v uroonkologii, výzkumných cílech a možnostech osobního profesionálního a vědeckého rozvoje. Letos se pod vedením prof. Laurence Klotze z Toronta věnovali rakovině prostaty, dále diskutovali s prof. Arnulfem Stenzlem z Tübingenu o karcinomu močového měchýře a s prof. Peterem Muldersem z Nijmegeny o karcinomu ledvin.

Robotická chirurgie a certifikovaný kurz

Účastníci konference si také mohli vyzkoušet práci s robotem, v kongresových prostorách byly umístěny tři trenažéry. Robotická chirurgie nachází v posledních letech stále více uplat-



Prof. Marek Babjuk. | Foto: archiv

nění v chirurgických oborech. V onkourologii se využívá například k radikální prostatektomii nebo k resekci lokalizovaných nádorů ledvin. „Trendem v onkourologii, stejně jako v dalších chirurgických oborech, je snaha o co největší radikalitu při co nejmenší invazivitě a zachování co největší části funkční tkáně. Dnes je například prokázáno, že parciální resekce nádorů ledvin nezvyšují ve srovnání s nefrektomií onkologické riziko u těchto pacientů. Robotická technika navíc rozšiřuje léčebné možnosti oproti laparoskopii, neboť lze provádět záchovné operace i v hůře přístupných místech nebo v průběhu operace realizovat jen částečnou ischemii přírodních cév. Je proto škoda, že robotické výkony na ledvině nejsou v tuto chvíli hrazené pojišťovkami,“ posteskl si Marek Babjuk.

Dále zmínil skutečnost, že se posouvá hranice věku, kdy jsou pacienti operováni pro onkourologické onemocnění. „Zatímco před lety jsme váhali s radikálním výkonem u pacientů starších 70 let, dnes operujeme běžně pacienty nad pětasedmdesát. Právě miniinvasivní techniky k tomuto trendu výrazně přispěly. Záleží ale samozřejmě na možnostech a zkušenostech daného pracoviště.“

Čeští urologové se v současnosti mohou vzdělávat v rámci nového, certifikovaného kurzu onkourologie. „Naší snahou je připravovat odborníky specializované na léčbu urologických nádorů z řad urologů, kteří budou důstojnými partnery radiačních a klinických onkologů v rámci multidisciplinárních týmů,“ uzavřel profesor Babjuk.



Foto: archiv pořádatelů

Endoskopie se rozvíjí, ale nesmíme vůči ní ztrácet respekt

V pražském Institutu klinické a experimentální medicíny proběhl 10. ledna 15. edoskopický den IKEM a 4. pražský endoskopický den. Program zahrnoval široké spektrum endoskopických výkonů včetně terapeutické gastroscopie, kolonoskopie, endosonografie, elastografie jater, moderních funkčních metod a ERCP. Prezentováno bylo 20 zákroků, které sledovalo 150 odborníků z celé republiky.

„Každoročně se zde snažíme předvést endoskopické metody v celém rozsahu trávicího traktu, tedy od jícnu po tlusté střevo včetně pankreatu a žlučových cest, abychom vyšli vstříc účastníkům specializujícím se na jednotlivé typy vyšetření,“ uvedl organizátor semináře a přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

Endobarrier – česká premiéra

Z mimořádných výkonů prezentovaných pomocí videopřenosu na této akci profesor Špičák vyzdvihl endoskopické odstranění rozsáhlých časných nádorů trávicí trubice, dále zavedení endobarrieru (speciální trubice zabraňující vstřebávání látek z tenkého střeva a napomáhající tak redukcii tělesné váhy) a techniku podélného protěti jícnu, která se uplatňuje při řešení poruch polykání (tzv. endoskopickou myotomií). Zavádění endobarrieru coby metody léčby obezity přitom do té doby nebylo v České republice prezentováno a na endoskopickém dni mělo svou premiéru.

POEM – japonská specialita

Vedle výkonů českých odborníků měli účastníci kongresu možnost zhlédnout endoskopický výkon zahraničního hosta, profesora Haruhiro Inoue z Univerzity Showa v Japonsku, který je průkopníkem revoluční metody POEM (perorální endoskopické

myotomie). „Profesor Inoue se specializuje výhradně na dva typy výkonů, a sice již zmíněné endoskopické odstraňování nádorů trávicí trubice a myotomií jícnu. Počty jím provedených výkonů jsou neuvěřitelné a v Evropě nedosažitelné. Má za sebou pět set jícnových myotomií a dvě tisícovky endoskopických odstranění nádorů,“ ocenil Julius Špičák. Profesor Inoue není jediným takto úzce specializovaným endoskopistou. „Ve světě je asi 50 až 70 špičkových endoskopistů, kteří jsou extrémně žádaní, takže neustále cestují a prezentují své techniky na klinikách a kongresech. V zásadě platí, že pokud chcete mít úspěšný kongres, musíte některého z nich pozvat. Nestačí přitom metodu technicky dokonale ovládat, dotýčný ji musí umět i charismatičticky prezentovat,“ vysvětlil organizátor akce.

Techniku POEM, která představuje ambulantní alternativu chirurgického protěti jícnu, provádějí gastroenterologové v IKEM zatím jako jediní v republice, a to od loňského podzimu. Za sebou mají 36 výkonů a do budoucna počítají přibližně s 50 ročně. Ačkoli se již protěti jícnu běžně provádí laparoskopicky, posun k endoskopickému výkonu s sebou nese další výhody. Nejen, že odpadá hospitalizace a snižuje se invazivita výkonu, ale je zde i minimum komplikací. Nevýhodou metody je, že dosud není hrazena ze zdravotního pojištění.

Rezervy a rizika endoskopie

Endoskopické metody se v gastroenterologii využívají stále více. Vedle zavedených technik se v posledních letech rozvíjejí terapeutické výkony prováděné endoskopickou ultrasonografií. V budoucnu lze podle odborníků očekávat ani ne tak převratné objevy jako spíše lepší a přesnější diagnostiku GIT lézí – například zvýšení účinnosti detekce kolorektálních nádorů při kolonoskopii díky maximalizaci zorného pole. „Stále ještě nám 20 až 30 procent významných lézí uniká. Zorné pole při kolonoskopii totiž zobrazí jen 180 stupňů, a my se potřebujeme dostat alespoň na 300. Boj proti kolorektálnímu karcinomu je pro nás stále velkou výzvou a 100procentní detekce nádorových lézí při tom hraje klíčovou roli,“ zdůraznil profesor Špičák.

Současně upozornil i na to, že endoskopické techniky mají svá rizika. V přednášce na téma „Jak minimalizovat riziko pankreatitidy po ERCP“ se věnoval jednomu ze závažných problémů, jímž je vznik nekrotizující pankreatitidy po endoskopické retrogradní cholangiopankreatografii. „Tato metoda představuje ambulantní, avšak dlouhý a náročný zákrok, s hlubokou invazivitou a nikterak nezávažnými riziky, mezi něž patří právě pankreatitida. Ačkoli se z technického hlediska může zdánlivě jednat o rychlý, a tedy poměrně nenáročný výkon, nesmíme vůči němu ztrácet respekt a musíme neustále hledat cesty jak těmto vážným komplikacím předjet. Především je třeba analyzovat případy veškerých pankreatitid a okolností, za kterých vznikly,“ uvedl přednášející.

K dalším možným komplikacím



Prof. Julius Špičák. | Foto: archiv IKEM

spojeným s endoskopickými výkony se řadí krvácení po polypektomii nebo bolesti v průběhu kolonoskopie. „Ve většině případů jsou tyto komplikace důsledkem špatné organizace práce a neznanosti. Domnívám se, že nejvíce problémů vyplývá z nekorektního přístupu lékařů, nikoli ze samotné techniky. Dobré na tom je, že jsou to problémy odstranitelné,“ uzavřel Julius Špičák.

MUDr. Andrea Skálová

CEITEC získá díky grantu dalšího špičkového vědce

Středoevropský technologický institut Masarykovy univerzity (CEITEC MU) získal jako jediný v České republice prestižní evropský grant z programu „ERA Chairs“. Finanční podpora ve výši 2,2 milionů eur umožní přijmout vynikajícího vědce, který se svým výzkumným týmem posune hranice poznání v oblasti chemické a buněčné biologie.

Výsledky výzvy na podporu výzkumných institucí a univerzit v méně rozvinutých regionech Evropy vyhlásila evropská komisařka pro výzkum, inovace a vědu Máire Geogheganová-Quinnová. Celkem se o podporu ucházelo 111 projektů, z nichž uspělo pouze 11. Masarykova univerzita se stala jedinou institucí v České republice, která grant získala.

Výzkum i zvyšování úrovně

„Masarykova univerzita má díky projektu CEITEC vynikající přístrojové zázemí pro vědu. Také máme mladé úspěšné vědce se zahraniční zkušeností, dobrá vědecká témata a navzdory zvláštnímu systému financování vědy v ČR i slušné peníze na vlastní výzkum. Pro další rozvoj je ovšem nutné získat do vedení vědeckých týmů i reprezentanty světové vědy, kteří přinesou nejenom další in-

spiraci, ale i sebekritický pohled. Proto považuji získání grantu ERA Chair za něco mimořádného,“ uvedl prorektor MU pro výzkum Petr Dvořák. Díky grantu z Evropské komise bude v nejbližší době vypsáno mezinárodní výběrové řízení na špičkového vědeckého pracovníka, který obsadí pozici ERA Chair. Se svým výzkumným týmem tak bude moci po dobu 4,5 roku provádět výzkum v oblasti chemické a buněčné biologie a zároveň zvyšovat vědeckou úroveň celé instituce.

Od nového výzkumného týmu vedeného excelentní vědeckou osobností si hodně slibuje také výkonný ředitel CEITEC Markus Dettenhofer. „CEITEC je v současné době ve velmi rychlé fázi rozvoje. Jednou z výzev, jimž naše organizace čelí, je maximalizovat vysoký potenciál, který CEITEC má v oblasti interdisciplinární spolupráce,“ uvedl Markus Dettenhofer.

Schopnost uspět v konkurenci

Právě obor chemické a buněčné biologie byl identifikován jako strategický pro další rozvoj CEITEC a celé MU. Expert, který nastoupí do pozice ERA Chair, bude působit v některé z oblastí pokročilého zobrazování buněčných systémů nebo číselných manipulací s buňkami pomocí malých organických molekul a nejmodernějších fyzikálních přístupů. Schopnost uspět v celoevropské konkurenci je výbornou zprávou také pro českou vědu. „Projekt ERA Chair je pro CEITEC a celou Masarykovu univerzitu velkou příležitostí, která může zásadně ovlivnit její další směřování k významným vědeckým institucím,“ dodal náměstek ministra školství, mládeže a tělovýchovy pro vysoké školství a výzkum Tomáš Hruša.

(Zdroj: CEITEC)

(red)



Prof. Haruhiro Inoue a doc. Jan Martínek z Kliniky hepatogastroenterologie IKEM. | Foto: archiv IKEM

INTENZIVNÍ MEDICÍNA

Život ohrožující krvácení a fibrinogen

S efektivním řešením život ohrožujícího krvácení (dále ŽOK) mají rozsáhlé zkušenosti na ARO Krajské nemocnice Liberec, proto do programu kongresu „Colours of Sepsis“ v Ostravě (21.–24. 1. 2014) organizátoři zařadili i výukovou lekci „Jak zvládnout život ohrožující krvácení“, kterou připravili a přednesli liberečtí lékaři MUDr. Ivana Zýková a MUDr. Pavel Sedlák.

ŽOK lze definovat podle velikosti krevní ztráty a počtu podaných transfuzních jednotek erytrocytů. Dojde k němu ztrátou celého objemu krve v průběhu 24 hodin (u dospělého přibližně 10 transfuzních jednotek erytrocytů) nebo ztrátou 50 % objemu krve během 3 hodin. Život ohrožující může být i krvácení, které není spojeno s velkou krevní ztrátou, ale ohrožuje život lokalizací krvácení do oblastí důležitých pro udržení životních funkcí, například do CNS. Závažnost ŽOK je dána též rychlostí jeho vzniku. Na ŽOK se podílí chirurgicky léčitelná složka, nicméně velikost a závažnost krvácení podmiňuje i složka koagulopatická. „Zásadní není jen hradit ztrátu transfuzními přípravky a krevními deriváty, stěžejní je krvácení zastavit a zajistit, aby vše probíhalo rychle a současně. K tomu je nutná perfektní součinnost ošetřujícího týmu. Tak to probíhá u nás na příjmu polytraumat, snažíme se je ošetřit a diagnostikovat život ohrožující stavy do 15 minut. Velkou výhodou je, že můžeme využívat tromboelastometrii, a to už iniciálně při urgentním příjmu,“ sdělila MUDr. Zýková.

Tromboelastometrie je dynamická metoda analýzy krevní srážlivosti. Jedná se o globální test, který probíhá u lůžka pacienta a monitoruje téměř všechny fáze hemostázy: aktivaci koagulačního systému, rychlost vzniku, sílu a stabilitu koagula a rozsah fibrinolýzy. Hyperfibrinolýza je jinak než tromboelastometrií velmi obtížně diagnostikovatelná. Základní výsledky jsou k dispozici za 10, nejpозději 15 minut, kdežto standardní laboratorní výsledky bývají k dispozici nejdříve za 45 minut. Čas má stěžejní význam, při pokračujícím ŽOK standardní laboratorní testy nestihají odrážet aktuální situaci.

Doporučené postupy

V roce 2013 byla publikována dvě rozsáhlá aktualizovaná doporučení týkající se závažného krvácení – „Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline“ a „Management of severe perioperative bleeding“ (doporučené postupy Evrop-

ské anesteziologické společnosti /ESA/). Oba materiály formulují hlavní zásady pro léčbu ŽOK v různých klinických kontextech. Závažnost krvácení nelze hodnotit jen z jedné izolované hodnoty hematokritu, je nutné odebrat pacienta opakovaně. Závažnost šoku je doporučeno sledovat na koncentraci laktátu.

U traumat se závažným krvácením (nebo jeho rizikem) má být co nejdříve podána kyselina tranexamová. Její podání by optimálně mělo být již v přednemocniční péči. Při masivním krvácení má být iniciálně podávána čerstvě zmrazená plazma a v nových doporučeních se na stejnou úroveň dává i podání iniciální dávky fibrinogenu. V průběhu 24 hodin od momentu, kdy je dosaženo kontroly zdroje krvácení, má být zahájena tromboprofylaxe hluboké žilní trombózy.

Fibrinogen v nových doporučeních

Při masivním krvácení je právě fibrinogen první koagulační faktor, jehož hladina dramaticky klesá. Fibrinogen (faktor I) hraje klíčovou roli nejenom při tvorbě koagula, ale rovněž v mechanismech agregace trombocytů. Optimální koncentrace fibrinogenu v séru činí 1,50–4,50 g/l. Koncentrace fibrinogenu < 1 g/l je samostatným rizikovým faktorem pro rozvoj krvácení.

U stavů spojených s výrazným a rychlým poklesem koncentrace fibrinogenu je jeho podání nedílnou součástí komplexní podpory hemokoagulace. Podání fibrinogenu je nezbytné u krvácejících pacientů s tromboelastometrickými známkami fibrinogenového deficitu nebo s laboratorním poklesem hladiny fibrinogenu pod 1,5–2 g/l. Indikací jsou rovněž již samotné klinické známky poklesu hladiny fibrinogenu. Iniciální dávka fibrinogenu by měla činit 3–4 g (nebo 50 mg/kg). V podávání fibrinogenu se dále pokračuje dle kontrolních výsledků tromboelastometrie; pokud není k dispozici, pak dle standardních laboratorních testů.

„Management of severe perioperative bleeding“ dokládá, že cílená terapie koncentráty koagulačních faktorů (fibrinogenu a/nebo fak-

torů protrombinového komplexu) prokazatelně snižuje potřebu podávání transfuzních přípravků. To má význam pro snížení nákladů na zdravotní péči u pacientů s traumaty ale i u pacientů při kardiochirurgických operacích a operacích jater.

Podle téhož dokumentu terapie koncentráty koagulačních faktorů s využitím viskoelastických metod (tromboelastometrie, tromboelastografie) nezvyšuje výskyt tromboembolických příhod. Sledovat hladinu fibrinogenu a provádět jeho cílenou substituci se doporučuje obecně u pacientů nedostupujících komplexní kardiovaskulární operace, opět za použití viskoelastických metod. Předoperační hladiny fibrinogenu informují o riziku krvácení a nutnosti podání transfuze více než standardně prováděné testy.

V souvislosti s ŽOK je třeba zmínit i rekombinantní aktivovaný faktor VII, který se užívá u případů ŽOK při selhání standardních postupů nebo při předpokladu jejich nedostatečné účinnosti.

Terapie ŽOK a role fibrinogenu

Současná doporučení pro ŽOK se často odvíjejí od použití tromboelastometrie (ROTEM), ale reálně ji u nás ještě velká část pracovišť nemá k dispozici. MUDr. Zýková popsala tři možné odlišné cesty přístupu v terapii ŽOK. První je s použitím doporučení a tromboelastometrie, druhá s použitím odborných doporučení, ale bez tromboelastometrie. U této druhé cesty je role fibrinogenu posílena ještě zřetelněji, protože se podává iniciálně a právě u velkého krvácení a ŽOK je efektivní jej podat co nejdříve – ještě dříve než z laboratoře přijdou v tu chvíli už ne příliš aktuální výsledky. Zásadní výhodou je, že jde o koncentrát, který lze aplikovat během několika minut, zatímco rozmrazení a podání čerstvě zmrazené plasmy (FFP) je záležitost na desítky minut. Pracoviště, která nemají ROTEM, tedy všem pacientům podají kyselinu tranexamovou, časně podají fibrinogen a následně pokračují v masivním transfuzním protokolu.

Třetí variantou je návrat k plné krvi, který však v současné době není v Česku realizovatelný. Masivní transfuzní protokol by měl být v poměru 4 : 4 : 1, tj. 4 erymasy, 4 FFP a 1 TU trombocytů. Před podáním fibrinogenu je klíčové podat kyselinu tranexamovou (Exacyl) pro eliminaci vlivu hyperfibrinolýzy; nepodání Exacylu by její vliv pouze zesílilo. Pracoviště, která mají tromboelastometrii, léčí ŽOK cíleně dle průběžných tromboelastometrických výsledků.

„Je dobré si uvědomit, čím vlastně pacienta hradíme. Masivní transfuzní protokol rozhodně není fyziologická záležitost, například fibrinogen je v jeho kompozitivním složení obsažen ve zhruba polovičním množství oproti obsahu v plné krvi; obdobně je tomu i u některých dalších složek podílejících se na srážení krve. Pacient ztrácí některé složky krve daleko více, než my mu masivním protokolem dodáme,“ vysvětlil MUDr. Sedlák. Toto je důvodem nutnosti přidání fibrinogenu do terapie i při použití masivního transfuzního protokolu.

Bez použití čerstvě zmrazené plasmy

Podle varianty masivní transfuzní protokol + fibrinogen dříve postupovali i na ARO v Krajské nemocnici Liberec, nyní se snaží při ŽOK postupovat podle nové varianty, jíž je *plasma-free* způsob. Je to cílená léčba koagulace řízená ROTEM, při které se podávají koncentráty koagulačních faktorů (fibrinogen a koncentrát protrombinového komplexu /PCC/). Tento postup také odpovídá již výše citovaným doporučením. Nyní se hodně používá například v Rakousku a Německu, kde některá traumacentra již několik let nepoužívají FFP vůbec.

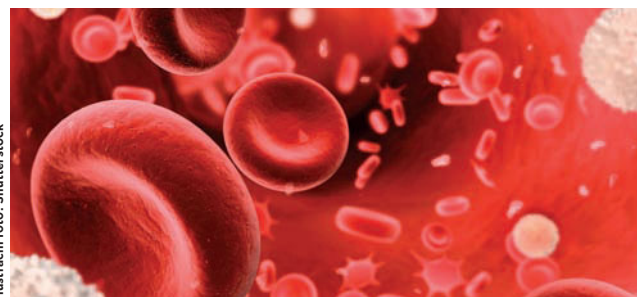
Na postup bez použití FFP již existuje řada studií, které dokazují, že mortalita při nich není vyšší ani u těžce traumatizovaných pacientů a že při této metodě klesá potřeba podání EBR a trombocytů. Příčinou těchto pozitivních jevů je pravděpodobně rychlé podání, respektive doplnění fibrinogenu a následně rychlé zastavení krvácení. Postup má i podstatné ekonomické výhody, protože se ušetří za EBR a zejména za trombonáplavy. Zásadní výhodou je i snížení často diskutované možnosti přenosu virových infekcí včetně viru HIV.

Standardní protokoly optimalizované pro lokální podmínky

Návod jak konkrétně postupovat u ŽOK mají podle doporučení poskytovat lokálně přizpůsobené standardy. Jedním z nich je protokol AUYA (*Algorithm for treating bleeding in patients with trauma-induced coagulopathy*), s nímž pracuje i ARO v liberecké nemocnici. Zásadním krokem je snaha o optimalizaci základních podmínek pro dobrou funkci koagulace (teplota, pH, hladina ionizovaného kalcia v séru, hematokrit). Dalším krokem protokolu je řešení hyperfibrinolýzy, což se nyní provádí podáním kyseliny tranexamové. Dále se (už podle zjištěné hladiny) dodá fibrinogen, což je nejčastěji podávaný koagulační faktor.

„Esenciální je podat fibrinogen v bolusové dávce až po kyselině tranexamové; dopustit se omylu a podat je opačně značně zmenší šanci zvládnout situaci. Iniciální bolus 3–4 g fibrinogenu se jeví jako velká dávka, ale fakticky je to v přepočtu 50 mg/kg pro pacienta vážícího 70 kg. Častěji bývají poranění muži a jejich váha bývá vyšší, ekvivalent pro ně může být 4 g,“ upozornil dr. Sedlák. Při eventuálním prodloužení iniciální fáze koagulace se podává PCC, posledním bodem protokolu zůstávají trombocyty.

Jana Jílková



Ilustrační foto: Shutterstock

NOVINKA – 2 g FORMA

NOVÉ ESA GUIDELINES DOPORUČUJÍ LÉČBU KONCENTRÁTEM FIBRINOGENU, JE-LI VÝZNAMNÉ KRVÁCENÍ DOPROVÁZENO ALESPŮŇ PODEZŘENÍM NA NÍZKÉ KONCENTRACE FIBRINOGENU NEBO SNIŽENÍM JEHO FUNKCE.!

HAEMOCOMPLETTAN® P Fibrinogenový koncentrát

Zkrácená informace o přípravku: **Název přípravku:** Haemocomplettan P. **Složení:** V 1 lahvičce: Haemocomplettan P 1 g, 2 g; Fibrinogenum humanum min. 1000 g, min. 2000 g. **Terapeutické indikace:** Hemoragická onemocnění: 1. Vrozená hypofibrinogenemie, dysfibrinogenemie nebo afibrinogenemie. 2. Získaná hypofibrinogenemie vznikající z: a) poruch syntézy v případech závažného poškození jaterního parenchymu, b) zvýšené intravaskulární potřeby v důsledku diseminované intravaskulární koagulace a hyperfibrinolýzy. **Dávkování:** Před podáním Haemocomplettanu P je třeba si ověřit nedostatek fibrinogenu Claussovou metodou. Podávané množství a počet jednotlivých aplikací Haemocomplettanu P se musí vždy určovat podle stupně krvácení a klinického stavu pacienta. Obvyklou počáteční dávkou fibrinogenu je 1 až 2 g podle potřeby při následné infuzní léčbě. Kritická hodnota fibrinogenu v plazmě, kde hrozí rozvoj krvácení, je 100 mg/dl. Normální hodnoty se pohybují v rozmezí od 200 do 450 mg/dl. Hladina fibrinogenu v oběhu nesmí převyšovat spodní mezní hodnotu normálu, aby riziko tromboembolických komplikací bylo minimální. V případech závažného krvácení, například u předčasného odloučení placenty, se podává ihned 4–8 g fibrinogenu. U dětí se dávkování řídí podle tělesné hmotnosti dítěte a klinického stavu. **Kontraindikace:** Známá 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 léčiv připravených 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 rekonstrukci byla fyzikálně-chemická stabilita stanovena na 8 hodin při pokojové teplotě (max. + 25 °C). **Zvláštní opatření pro uchování:** 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 bromobutylovou 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:** 7. 11. 2012. 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 (14. 2. 2014).

Reference: 1. Sibylle A. Kozek-Langenecker *et al.*, Management of severe perioperative bleeding. *Eur J Anaesthesiol* 2013; 30:270–382.

Haemocomplettan-CZ-01-2014

eHealth a telemedicína:

Obezita a obezitologie – 20. díl

Některé epidemiologické studie očekávají, že během roku 2015 budou zhruba 2,3 miliardy dospělých trpět nadváhou, přes 700 milionů jich dokonce bude obézních. Znamená to, že za posledních deset let naroste počet lidí s nadváhou o polovinu a obézních přibudou dokonce tři čtvrtiny. Je evidentní, že léčba této pandemie bude vyžadovat větší úsilí a nové technologie.

Jedním ze směrů řešení problému jak zhubnout je elektronizované a informatizované zdravotnictví – eHealth. Jeho součástí, telemedicína, bude jistě hrát důležitou roli. Nejen proto, že šetří čas lékaře i pacienta.

Ideální telemedicínská disciplína

Obezitologie je medicínský obor, ve kterém lze dobře uplatnit komunikaci na dálku. Selfmonitoring obézních pacientů, změna životního stylu, dietní režim a pohybová aktivita jsou rozhodující při snižování hmotnosti. Odborný dohled lékaře je možný prostřednictvím informačních a telekomunikačních technologií – přes internet či smart telefony. Přínosem je možnost pravidelné komunikace, a to synchronní (v reálném čase) i asynchronní (např. přes e-mail).

eHealth zprofanovaly politické kauzy kolem elektronických zdravotních knížek či povinná ePreskripce. Lékařům u nás tento obor pod kůží moc nejde – podíváte-li se na různé konference a symposia s tematikou eHealth, jednoznačně vidíte převahu nadšených inženýrů nad doktory. Bylo by dobře, aby v medicíně bylo inteligentní datové a komunikační prostředí podřízeno kvalifikované podpoře diagnostiky, prevence a léčby. Obezitologie se jeví jako jedna z vhodných telemedicínských disciplín. Telemedicínské techniky při hubnutí se soustřeďují zejména na následující složky.

1. Selfmonitoring

Většina obézních musí v rámci hubnutí, ale i pro následnou stabilizaci hmotnosti sledovat svou tělesnou váhu. Problém jak hubnout a jak zhubnout vyřeší většina pacientů snadněji než následný problém po zhubnutí: jak novou váhu udržet a zabránit jeho efektu. To nelze jinak než každodenním monitorováním tělesné hmotnosti. Po zhubnutí má tělo tendenci vracet se k původní hmotnosti a důležitým úkolem je „naučit“ organismus, aby

za vlastní považoval hmotnost nově dosaženou. K tomu je potřebná fixační fáze po zhubnutí, při které se pacient musí udržet na nové hmotnosti za již normálního stravovacího režimu. Tedy bez diety.

Pokud pacient sleduje svou hmotnost denně, okamžitě zjistí,

že opět přibírá. Je to důležité pro rychlou reakci. Shodit jediný kilogram není tak složité, obvykle stačí na pár dní upravit jídelníček. Pacientům v takovém případě doporučuji režim profesora Rajko Dolečka – JJP, tedy „jez jen polovinu“. Stačí po několik dní zmenšit porce. Pokud však pacient přibere třeba 4 kilogramy, pak už je k řešení potřebná měsíční redukční kúra.

2. Selfkoučink

Navazuje na selfmonitoring. Při selfkoučinku se úspěšně uplatňují pravidla kognitivně-behaviorální terapie, případně zásady, které obézní získal v rámci vzdělávání, eLearningu či jiných edukačních akcí. Výraz koučink přišel do medicínské terminologie ze sportu (*coach* znamená v překladu trenér). V případě telemedicíny je pacientovým trenérem právě lékař či nutriční terapeut.

Technické prostředky umožňují jak dálkový monitoring pacienta, tak komunikaci lékaře s pacientem, ale například i vzájemnou komunikaci mezi hubnoucími pro předávání zkušeností a psychickou podporu. Některá telemedicínská pracoviště využívají zkušeností bývalých úspěšných pacientů, kteří hubnoucími předávají praktické zkušenosti z dietního režimu. Nejúspěšnější systém internetového koučinku má u nás propracovaná společnost STOB PhDr. Ivy Málkové.

3. Dálkový monitoring lékařem

Jedná se o doplněk pacientova selfmonitoringu, kdy jsou data odesílána díky internetu či mobil-



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

ní komunikaci a jsou k dispozici lékařů. Nejsou tedy nutné časté kontroly a osobní návštěvy pacienta v ordinaci. Současně má pacient možnost konzultací a dotazů, případně elektronického vzdělávání o zdravé výživě apod. Šetří se tím čas jak pacienta, tak lékaře.

Nejčastěji se pro komunikaci s obézními pacienty a jejich monitoring používají webové portály, VoIP komunikace (VoIP je zkratka pro volání přes internet, anglicky *voice over internet protocol*) a komunitní portály (například Facebook či Twitter). Dále se používají interaktivní systémy, jako je například *HomeBrain*, kde je počítačová komunikace implementována do televizní aplikace, podobně jako *Android TV*, umožňující zpětnou vazbu přes televizi a mobilní telefon.

Ani výrobci smart telefonů nezůstávají pozadu a přicházejí s novými mobilními aplikacemi. Vhodná je například multiplatformní aplikace *WhatsApp*. Název vznikl jako homonymum z anglického *What's up?* („Co se děje?“), kde výraz *up* byl nahrazen stejně znějící zkratkou *app*, znamenající v IT terminologii aplikaci. *WhatsApp* umožňuje přenos zvukových, textových a obrazových zpráv mezi lékařem a pacientem, a to i v asynchronním režimu. Lékař může pacientovi odpovědět se zpožděním, jakmile má čas. Na stejném principu fungují rovněž aplikace *Zalo* či *Kakao Talk*. Využití internetu při sledování pacientů vyžaduje speciální zařízení, která mají internetovou konektivitu. Naměřené výsledky jsou automaticky odesílány na server, profil sociální sítě a okamžitě jsou k dispozici lékařovi. Pro lékaře může monitorování průběžných výsledků měření znamenat rychlejší odhalení případných zdravotních rizik pacienta. Jako příklady nejčastěj-

ších gadgetů lze uvést monitor celodenní aktivity a osobní váhy s *wi-fi* konektivitou.

Zařízení pro monitoring celodenní aktivity je většinou malé a může jej vložit do náprsní kapsičky, připnout za pásek nebo nosit jako náramkové hodinky. Nikdo tak o jeho přítomnosti nemusí vědět, jeho použití je velmi diskrétní. Dobíjení je potřeba jednou týdně, a to pomocí stanice připojené přes USB port do počítače. Dobíjecí zařízení slouží jako základní stanice, přes kterou jsou automaticky bezdrátově přenesena data, pokud monitorovaný projde okolo. Existují však i zařízení jednorázová, ve kterých vydrží baterie řádově měsíce. Po měsíčním používání se buď vyměňuje baterie, nebo se dokonce starý monitor vyhodí a nahradí přístrojem novým.

Jde v podstatě o složitější krokoměr schopný zaznamenat, zapamatovat si a předat základní údaje o pohybu, někdy se používá název akcelerometr. Měří frekvenci, trvání a intenzitu fyzické zátěže. Zařízení jsou vybavena trojdimenzionálním čidlem pro snímání pohybu. Nedovedou změřit odpor, proto mohou zkreslovat údaje třeba při silovém tréninku. Sledují pacientovu celodenní fyzickou aktivitu včetně usných kroků, překonané vzdálenosti, spálených kalorií a vyšlapaných schodů. Pěšáci se zařazení buď dobíjí, nebo naopak monitoruje délku a kvalitu spánku a dokáže pak v počítači zobrazit fáze hlubokého spánku a bdělosti.

Nasnímaná data jsou odesílána přes rozhraní *bluetooth* do osobního počítače nebo smartphonu. Pro selfmonitoring i supervizi ze strany lékaře jsou k dispozici přehledné denní, týdenní a dlouhodobé profily. Zařízení dokonce umožňuje soutěžení mezi uživateli a udělování virtuálních medailí. To slouží jako motivace a pomáhá pacientům v hubnutí. Obdobných produktů je na trhu pestrá paleta, nejznámější jsou *FitBit*, *MisFit Shine*, *DirectLife*, *BioTrainer* a další.

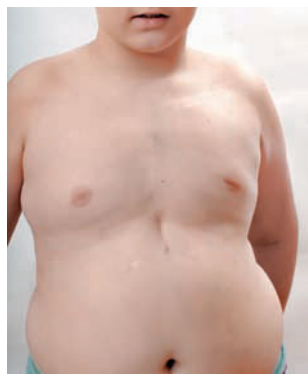
Sofistikovanější metodou jsou měřiče metabolismu, které kombinují funkci akcelerometru s tepelným senzorem pro měření teploty kůže a měřičem kožního odporu pro vyhodnocení tělesné námahy i emočních podnětů. Přístroje jsou však jednak finančně náročné a navíc mohou pacienta omezovat, proto jejich používání není časté. Nejznámějšími jsou *SenseWear* nebo výrobek *Cruxe* americké Mayo Clinic, který dokonce vibracemi upozorňuje nositele na potřebu fyzické aktivity. Osobní váhy s *wi-fi* konektivitou jsou připojeny k domácí internetové síti, což umožňuje odesílání naměřených dat. Automaticky je zaznamenávána pacientova váha, hodnota tukové hmoty, svalové hmoty a *body mass index* (BMI). Zakomponovaný bioimpedanční analyzátor (měří hodnoty tukové a svalové hmoty v těle) je jen orientační a analyzuje pouze dolní polovinu těla s dopočetním dalších údajů. To je však pro selfmonitoring a motivaci pacientů dostačující. Váhy udrží v paměti několik osob a rozeznají jednotlivce podle jeho hmotnosti.

Naměřené hodnoty jsou snadno sledovatelné přes libovolný internetový prohlížeč, například na sociální síti, nebo lze data odesílat na webové rozhraní internetové ordinace. Uživatel se nemusí bát zneužití neoprávněnými osobami, protože údaje jsou chráněny heslem. Maximální možná hmotnost, kterou jsou váhy schopné naměřit, činí až 180 kilogramů. Tato zařízení umožňují lékařovi vytvářet a tisknout grafy, na kterých je sledován úbytek pacientovy hmotnosti a hodnota jeho BMI. Nejznámějším produktem jsou váhy *Withings* a *Fitbit Aria*.

4. Dálkový feedback a koučink

Pacient je veden lékařem nebo jím pověřeným nutričním terapeutem. Vždy je lepší, když u pacienta probíhá pravidelná kontrola hubnutí. Více se totiž snaží neporušovat redukční diету, aby svého trenéra (kouče) nezklamal. Lékař je také kdykoli k dispozici, když se pacient potřebuje na něco zeptat nebo chce v něčem poradit.

Důležité je neodklonit redukční režim mimo oblast zdraví a nevést pacienty k nevhodným nábičkám jak rychle zhubnout. Dietní jídelníček se nemusí překrývat s pojmem zdravá strava, neboť každá redukční diéta zkrátka musí šdit organismus. Disproporce mezi příjmem a výdejem energie je základním principem redukčních kúr.



Ilustrace: Shutterstock

5. Sociální interakce

Jedná se o sdílení informací a zkušeností pacientů na internetových portálech, jakými jsou například STOB či skupina *Nadvaha.cz* na portálu Facebook. Hubnoucí pacienti si zde mohou předávat různé tipy a rady a hlavně se navzájem podporovat, motivovat a dělit s ostatními o své úspěchy. Důležitá je samozřejmě přítomnost odborného moderátora, který celou diskusi koriguje.

Je také nezbytné zabránit přístupu komerčních nabídek na různé zářivé přípravy. Ty často slibují zhubnutí několika kilogramů za týden bez nutnosti dělat cokoli. Zejména zástupci MLM prodeje (*multi level marketing*) bývají urputní při aktivním, ale jednostranném a nekritickém vychvalování jimi nabízených přípravků. U diskusních fór nekorigovaných odborníkem dochází k zahlcení nabídkami. Například v současné době populární Dukanova dieta je provázena velkým množstvím nabídek na nákup v e-shopech, obdobným fenoménem jsou nabídky na krabičkové diety apod.

6. eLearning

Elektronické vzdělávání, které obsahuje všeobecné informace zaměřené na hubnutí a redukční režimy, jež pacienti absolvují. Vše je podané srozumitelnou formou a je třeba počítat s tím, že informace musejí být věcně správné, ale zároveň stručné, aby pacienta neodradila délka sdělení. Často chybou je používání odborné terminologie, která nemusí být pacientům srozumitelná. Nezapomenutelnou úlohu mají v edukaci masmédiá.

Nejstarším programem byl v 70. letech legendární Dolečkův „Nebezpečný svět kalorií“. Po sametové revoluci seriál Slovenské televize Košice „Tak už dost“ a pořad „Lady today“ televize OK3, se kterými jsem měl čest spolupracovat. Dnes je populární show „Jste to, co jíte“ vedená MUDr. Kateřinou Cajthamlovou a Ing. Petrem Havlíčkem. Televizní pořady musejí vykazovat sledovanost, což může být logicky na úkor odbornosti. Námítky však zastihuje medializace problému obezity a veřejné uvědomění si, že je třeba něco dělat.

7. Individuální vzdělávání

Tato složka je zaměřená na vzdělávání specifických skupin hubnoucích pacientů. Jde zejména o diabetiky, pacienty s celiakií, či s nemocnou štítnou žlázou. U redukční diety jsou pomocníkem výukové portály s videorecepty zaměřené na zdravou stravu, dietní kuchařky, návody ke zdravé pohybové aktivitě apod. Ty mohou zaměřit jídelníček i pohyb na konkrétní cílové skupiny.

Praktická organizace telemedicínského monitoringu obézního není náročná. Pacient absolvuje úvodní vyšetření v ordinaci, kde se mu dostane i konkrétních rad a instrukcí, podle nichž následně upraví životosprávu s cílem hubnout. Základní vyšetření obvykle spočívá v anamnéze, fyzikálním vyšetření, změření tělesné hmotnosti, zjištění požadovaných antropometrických údajů (obvod břicha a boků, případně kožní řasy), měření objemu tuků, svalové hmoty a vody v těle pomocí bioimpedanční analýzy, měření krevního tlaku a případných souvisejících biochemických vyšetření.

Pacient odchází z ordinace s instrukcemi jak postupovat při hubnutí. Následuje domácí monitoring, který pacient provádí sám a nemusí docházet k lékaři tak často. V domácích podmínkách sleduje především parametry, jako jsou hmotnost, obvod pasu, obvod boků, krevní tlak či fyzická aktivita.

Do projektu telemedicínského monitoringu obézních pacientů se zapojují lidé z celé republiky. V rámci aktivity Centra pro eHealth a telemedicínu 1. lékařské fakulty UK, které úzce spolupracuje s Fakultou biomedicínského inženýrství ČVUT (FBMI), se převážně jedná o čtenáře regionálních novin *Deník*, periodikum s celostátní působností, které patří svým nákladem k nejrozšířenějším. Díky regionálním mutacím oslovuje čtenáře v regionech, má stránky místní, krajské a celostátní. Pravidelná rubrika „Hubnutí s doktorem Středou“

prezentuje zájemce o telemedicínské hubnutí. Nejdelší tradici má projekt v okolí České Třebové. Do akce se zapojila také společnost Agel, která jednou týdně zdarma poskytuje prostory ordinace v Poliklinice Dopravního zdravotnictví v České Třebové, ale také v Nemocnici Praha Italská. Jedná se o osvětovou akci zaštitěnou Společným pracovištěm biomedicínského inženýrství 1. LF UK a FBMI ČVUT, veškerá vyšetření a aplikace mají pacienti k dispozici bezplatně. Jediné, co musejí do hubnutí investovat, je poplatek 30 Kč u lékaře a pak svou vůli a chuť se s obezitou poprat. Do hubnutí se zapojují převážně ženy, dále také sociální skupina starších osob, kterým obezita způsobuje zdravotní komplikace. V posledních měsících stále častěji chodí do ordinací manželé a partneři, ale dokonce i celé rodiny včetně dětí.

Ohrožená generace

Právě dětská obezita se stává velmi diskutovaným tématem i v rámci telemedicíny. Za posledních 30 let se počet obézních dětí zdvojnásobil, počet obézních adolescentů se zvýšil dokonce na trojnásobek. Do programů zabývajících se prevencí dětské obezity se každoročně investují nemalé částky. Bohužel se stále nedaří zvrátit vzrůstající tendenci tloušťkových dětí. Faktory jsou jak stravovací, tak výrazné snížení pohybu. Reklama na slazené nápoje a sušenky plné energie přispívá k rozvoji obezity dětí a mladistvých. Na kolektivní cvičení obézní děti nerady chodí, protože se za svůj vzhled často stydí.

Díky tomu, že dnešní mládež má velmi blízko k IT technologiím, by bylo vhodné využít jejich zájem o internet. Ten jim poskytuje anonymitu při pohybu, ale i oblasti dotazů. Zájem mladých lidí o zdravý životní styl je však mizivý. Naopak nedostatečná pohybová aktivita je s nástupem počítačů, mobilů a tabletů výraznější. Ze strany výrobců herních konzolí sice vznikly snahy jak přimět děti alespoň trochu se hýbat (na mysli mám především tzv. aktivní herní konzole *Nintendo Wii* nebo *xBox*). Některé studie bohužel prokázaly, že pohybová aktivita dětí hrajících klasické hry a dětí hrajících aktivní hry se téměř neliší. Vždy je však lepší, když se děti u hraní her hýbou alespoň trochu než vůbec.

Jediným řešením jak dosáhnout hubnutí u dětí je zkvalitnění jejich jídelníčku a zvýšení pohybové aktivity. Velmi důležitý je dohled rodičů, popřípadě lékaře, a v neposlední řadě motivace. V tom se však zatím příliš nedaří. Intenzivní edukační program zaměřený např. na školní stravování představuje Společnost pro výživu. Lázeňskou léčbu dětské obezity s následnou možností telemedicínského sledování, eLearningu a poradenství má v programu Národní inštitut zdraviva na Slovensku. Pro odbornou veřejnost byla výrazným přínosem loňská konference „Obézní pacient v interdisciplinárním pohledu“ pořádaná v rámci veletrhu „Bojujeme s tuky“. Byla přenášena telemostem s archivovanými videopříspěvky, které jsou stále k dispozici na internetu.

Inzerce M141000145



BOIRON®
www.stodal.cz

- účinný na suchý i vlhký kašel
- šetrný sirup rostlinného původu
- bez lékových interakcí
- 200 ml balení

STODAL, sirup. Složení: 100g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95g, Pulsatilla 6 CH 0,95g, Rumex crispus 6 CH 0,95g, Bryonia 3 CH 0,95g, Ipecacuanha 3 CH 0,95g, Euspongia officinalis 3 CH 0,95g, Sticta pulmonaria 3 CH 0,95g, Kali stibii tartras 6 CH 0,95g, Myocardium 6 CH 0,95g, Dactylopius coccus 3 CH 0,95g, Balsam tolutani sirup 19,00g, Polygalae sirup 19,00g. Pomocné látky: ethanol 96% V/V (součást tinktury), sacharóza (součást sirupů), karamel, kyselina benzoová, prostý sirup. Indikace: Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Dávkování a způsob podání: Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: 1 čajová lžička (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 (gastritis), 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-izomaltázové deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. 1 čajová lžička (2,5 ml) obsahuje 0,0345g ethanolu a 1,875g sacharózy. 1 čajová lžička (5 ml) obsahuje 0,069g ethanolu a 3,75g sacharózy. 1 polévková lžice (15 ml) obsahuje 0,206g ethanolu a 11,25g 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 vysoké 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. Nežádoucí účinky: U citlivých osob se mohou objevit zažívací obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud zaznamenán. Farmakoterapeutická skupina: Fytofarmakum. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON S.A., 20 rue de la Liberation, Sainte-Foy-les-Lyon, Francie. Registrační číslo: 94/700/92-C. Datum revize textu: 27. 9. 2011. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. Přípravek je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Zatnout zuby a hýždě

Motto: Jsou chvíle, kdy slova nejsou nic. (Hans Børli)

V drtivě milujícím objetí

Vousatý vtíp: Co je to ještěrka? Krokodýl, který přežil socialismus. Koaliční smlouvy se ujali nunváři a odborníci na neurčitost. Tak vzniklo vládní prohlášení. Vymiškováný abstrakt. Žádná přidaná hodnota. Jen slova. Každé upřesnění by vedlo k předčasnému střetu v koalici. A kdo v ní má navrch? Posuďte sami: Místo původní zmínky o omezení koncentrace mediálního vlastnictví tu máme potravinovou soběstačnost. Jen české je hezké. Mňam. To jen tak *en passant*. Teď malá domů: *Vláda zajistí ekonomickou stabilitu, efektivitu a transparentnost systému veřejného zdravotnictví a poskytovatelů zdravotních služeb.* To chtěl zatím každý. Nikdo proti, nikdo se nezdržel. Ale jak? Máme toho dosáhnout na principu solidarity. Také nic nového, to je už v ústavě. Úhrady budou spravedlivé, dny slunečné a muži potentní. Na horách bude v zimě sněh. Ideál. Státní pojištěnci budou *pravidelně valorizováni*, a to tak dlouho, až bude princip zdravotního pojištění uvalorizován k smrti. Pak nás stát konečně sevre ve svém drtivě milujícím objetí.

Jak podtrhnout umírajícímu polštář

A medvědí služba pokračuje. Výborný nápad je snížení DPH na léky ve chvíli, kdy pro svou láci mizí do zahraničí, a to tak, že končí všechna legrace. *Houstone, máme problém.* Po dalším zlevnění pacient nesežene už vůbec nic. Jako kdysi. Už teď obchází a shání. Známý lékárník je termno. Jako býval řezník a vedoucí stavebnin. Následují další špatná řešení: zákazy s ostudou v Bruselu, kvóty, přiděly. V místech, kde je vládní prohlášení výjimečně konkrétní, jsou skutečné perly. Některé i letální. Je to jako podtrhnout umírajícímu polštář.

Pak přichází věta, které nerozumím: „Vláda prosadí transparentní a kontrolovatelný systém hospodaření s veřejnými prostředky, zavede povinné zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli péče a smluv veřejných nemocnic se svými dodavateli.“ Ještě jednou a pomalu: Vláda má zřejmý své dodavatele (asi papíru, toneru a kávy) a smlouvy těchto vládních dodavatelů, uzavřené s veřejnými nemocnicemi (o čem?),

budou zveřejňovány. To jsem blázen... Jo tak! Jedině že by tam byla gramatická hrubka. Kruh nemsmyslu rozetnete zájmenem *jejich*. Je to možné? Asi ano, viz náhlá příhoda korespondenční mezi Sobotkou a Hradem.

Návrh řešení: Najmout písařky s maturitou. Po větném rozboru přejdeme ještě krátce k terminologii. Víte, v jakém právním předpisu je definována nějaká *veřejná nemocnice*? Já tedy ne. *Vláda důsledně oddělí vlastnictví zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven a zamezí jejich vzájemnému ovládnání nebo ovládnání třetí osobou.* Se zákazem incestu lze souhlasit. Ale co ta třetí osoba? To by se stát musel vzdát buď vlastnictví příspěvkových nemocnic, nebo odejít z orgánů pojišťoven. Tady někdo něco nedomyslel.

Namydlená vývojová spirála

To jsou ovšem formulační protokoly, které jen podávají jisté svědectví. Co považují za fatální, to je zrušení většiny poplatků. Za každou cenu, z ideologické umanutosti. Moje námitka se tu primárně netýká aktuálního dopadu na zdravotnická zařízení. Je především politická a systémová. Zaprvé jde o důvěru ve stabilitu správy země. Zavádíme, rušíme, zavádíme, rušíme, zkrátka budujeme. Zadruhé sotva aspoň část lidí pochopila, že bez spoluúčasti to nepůjde, ostatně jako v žádném jiném pojištění, a že je to vlastně forma solidarity, přichází propad. Historický regres. Zpátky na stromy. Mělo jít o dlouhodobý posun v mentalitě – od automatické nárokovosti k racionálnímu realismu. O to se bojovalo a to se prohrálo. Namydli jsme si vývojovou spirálu, po níž se sklouzneme zpět. Jako v akvaparku. Jenže nenapustili vodu.

Na zrušení spoluúčasti není pranic sociálního. Zpětné rázy tohoto kotrmelce, který má údajně chránit ty slabší, je naopak poškození. Jenom to nebude tak jasně numericky vidět. Odehraje se to nepřímou, skrytou v každodenní praxi, za nešťastných proklamací řady nemocnic o tom, že péče o pacienty neutrpí. Tahle fráze se říká při problémech s financováním



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

vždycky. Hlavně neznepokojovat občany. Pacient nic nepozná. Ne, bohužel opravdu nepozná. Ale v jiném smyslu. Nepozná, že se mu něčeho nedostalo, ač mělo. Nerozumí, nevyzná se. Nebojme se sakra říci pravdu. Pacienti utrpí. Někde se

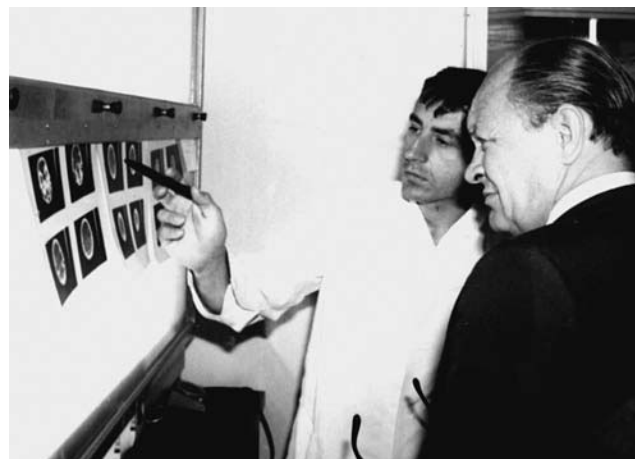
to zít musí. Jistě ne tam, kde se stůně v září reflektorů. Jinde. V jiných oborech. V obvyčejném každodenním stonání. Ne v medicíně pro tisíce. V té banální, která pečuje o miliony.

V obráceném gardu zná tenhle finanční princip každý výrobce a obchodník. A podvodník. Je to vždy obrát, který rozhoduje. Daleko víc než cena. Ne vyloupit jednu banku, ale brát si třeba celá léta pár halířů z každé jízdenky MHD ve velkoměstě. To je skutečný dotek génia vekslu. Bude třeba se naučit násobit i ve zdravotnictví. Je nejvyšší čas.

Země vyhýbavých eufemismů

Ministr Julínek udělal psychologickou chybu a nahnal vodu na mlýn demagogům. Chtělo to ještě víc odvahy skočit do ledové vody a poplatky nazvat pravým jménem. Jsme zemí vyhýbavých eufemismů. Nic se nejmenuje jednoduše, přímo a normálně. I obvyčejné peníze byly dávno zrušeny. Dnes máme výhradně finanční prostředky. Včera jsem si dal finanční prostředky do kapsy a jel jsem natankovat plnou. Jak vám to zní, bratři Češi? Našlo ucho zalíbení?

Výraz *regulační* byl špatným sémantickým krokem, který se vymstil. Umožnil totiž jalovou diskuzi o tom, co regulují, zda to opravdu regulují, a pokud to možná chvíli regulovaly, zda to regulují ještě dnes. Stejně mylné bylo i příliš jednostranné a primitivní vysvětlování nemocničního poplatku úhradou stravy. Sám jsem tak mluvil a psal. Chyba. Dnes už nikdo občanům (a dokonce ani některým žurnalistům, speciálně těm zabývajícím se zdravotnictvím) nevymluví, že jde o úhradu jídla ve špitále. Žije to vlastním životem: A jaké jídlo za své peníze dostáváme? Zlepšilo se stravování? Běžovku nechceme! A tak dále až do úplného zblbnutí. Tahle diskuse se ve vládách opakuje.



Vláda bude řešit ve spolupráci s resortem zdravotnictví problematiku průřezových sociálně-zdravotních služeb. Tohle se „řeší“ asi tak šedesát let. Já to pamatuji za soudruha Prokopce. (Na archivním snímku dva exministři – Leos Heger a Jaroslav Prokopce.) | Foto: Jana Trejbalová/Wikimedia

Lidé si dokonce myslí, že jejich stokoruna měla být na účtech nemocnic nějak účelově vázána. Četl jsem nedávno pohoršené divení nad tím, že se ty peníze anonymně rozpustí v příjmech nemocnic jako takových. Ne, nejsou na jídlo. Ne, nejsou nijak kolkované, aby se poznaly. Ne, nic moc se tu nereguluje nebo to aspoň není primární účel.

Regulérní, nikoli regulační

Otevřeme proto hledí a udeřme se v mužná prsa (ženy jsou zde osvobozeny): Poplatky mají být standardní spoluúčastí, tedy regulérní (ne regulační) fenomén z oboru pojišťovenství. Když ne spoluúčastí přímo na zdravotní péči (proslulý článek 31), pak na služby s poskytováním péče související (organizační, ubytovací). Ve vyspělých zemích je obvyklá, systémově nutná a společensky výchovná. Jenže obavy o její průchodnost dokonce i v rámci tzv. pravice zřejmě vedly k terminologickému zmatení, odkud je vždy blízko ke konfuzi argumentační. A to bylo tou škvírou, do níž šlo tak snadno vrazit páčidlo. A páčít. Hej rup! Hned při svém zrodu si tím poplatky naběhly na ránu čenichovku. Oponenti slovo *regulační* snadno a právem omlátili pravicovým vládám o hlavu, vyhrávali volby a s vaničkou vylili i dítě. Významy slov jsou zkrátka důležité. Nedoceněné a nedocenitelné. *Jazyk je pláštěm myšlenek.* (Samuel Johnson)

Pak je tu ještě druhá možnost. Horší. Jako společnost nejsme na přímou řeč zralí, neunášíme realitu a toužíme po vzdušných zámčích. Tady je síla i slabina demokracie. Podle toho, kdo ji provozuje. Volič má plné právo rozhodnout špatně. Jen se musí za cenu modřin, luxací a fraktur

naučit, že za to taky nese odpovědnost. On a pouze on. Chce-li klamat sám sebe, prosím. Dostane ovšem horší zdravotnictví. Neříkejme pořád lidem, že to ještě nějak uděláme a oni to nepocítí. Nelžeme si do kapsy. Nic se neděje samo a bez příčiny, nic nepadá z nebe, nic nevzniká z ničeho; energie, hmota ani peníze se nemohou ztratit. Jen se přesouvají a proměňují mezi sebou. Nejsou-li zde, jsou určitě jinde. To záleží na nás.

Prolnutí dvou údů

Vláda bude řešit ve spolupráci s resortem zdravotnictví problematiku průřezových sociálně-zdravotních služeb. Tohle se „řeší“ asi tak šedesát let. Já to pamatuji za soudruha Prokopce. Mám ale kamarády, kteří dělali řemeslo ještě za pátera Plojgara. Komu ze šťastných mladých kolegů ta jména nic neříkají, může si gratulovat a klidně ten odstavec skočit. *Bude řešit.* To nic neznamená. Shluk písmenek. Chtěl bych slyšet, že za a) vyřeší (vid dokonavý) a za b) jak. MPSV bylo odjakživa nedobytná pevnost a zdravotnictví vesele suplovalo sociální služby. Taková pěkná tradice. I formulace je zvláštní: *Vláda ve spolupráci s resortem zdravotnictví – vždyť je to volovina.* Resort zdravotnictví je součástí této vlády, nikoli její externí partner k jednání, o jehož spolupráci se uchází. Navíc je míč na hřišti sociálky, nikoli zdravoty. To oni nám dluží. Hodně. Správně zní věta takto: *Vláda rozhodne, že její dva údů (MZ a MPSV) prolnou svou činnost v následujícím rozsahu..., což bude sledováno těmito finančními toky... Dostanou to rozkazem.* Jinak je to jalový blábol, který nemá ani gramatiku, ani logiku. Což spolu obvykle těsně souvisí a dokumentuje míru pořádku v hlavě.

Znamení moru nestability

Když už jsme v sociálním resortu: Vskutku státotvorným krokem je zrušení II. pilíře důchodové reformy bez náhrady, sotva se novorozenec pokusil nadechnout. Zardousili ho ještě na sále. Zas ta zarytá ideologická předpojatost. Myslí jim to po úzkokolejce. Kdo příště uvěří tomuto státu? Zažere se to jako stará špína do paměti generací. Viz např. měnová reforma z roku 1953. Znamení nespolehlivosti, znamení moru nestability. Stabilita – to je slovo, jímž se zaklínali tak dlouho, až zapomněli, co znamená. Pojdme do slovníku. *Stabilita* je odolnost systému proti vychýlení z rovnovážného stavu. Pochází z latinských slov *stare* (státí) a *habilis* (schopný). Aneb když není stát schopen stát, říká se mu impotent. Špatná zpráva je, že modrá pilulka tu nezabírá.

Socialistický stát ovšem nepotřebuje občany motivovat ke svobodné volbě. On to prostě nařídí, resp. udělá za nás. Žádnou důvěru nepotřebuje. Aspoň si to myslí. Ovšem v době, kdy společným jmenovatelem našich potíží je všeobecná krize důvěry, si to myslí blbě.

S Bibli kralickou za trámem

Co s tím? Možná by jim to odborně vysvětlil sociolog. Třeba takový lídr do Evropského parlamentu, profesor Jan Keller. Ten mě tuhle opravdu dostal. V rozhovoru s Barborou Tachecí na otázku, proč v normalizačních časech vstoupil do KSČ, praví: *Řeknu vám to otevřeně: prostě jsem se tehdy choval*

pravivově, hájil jsem svůj osobní zájem. Co má pravice proti tomu, když si člověk chrání soukromý zájem? Pravice proti tomu nemá vůbec nic. Pravice se ho na nic neptala. S pravici to nikterak nesouvisí. Souvisí to se žaludkem. Prosím, povšimněte si: Toto je poučná klasika demagogie – zkesli či zvulgarizuj to, co podle tebe hlásá oponent, a pak ho na tom rozdrť. Budeš zvolen. Připomínám, že tenhle trik nejlépe ovládal politický nebožtík Klaus. Jak se tak rozhlížím a poslouchám, bude s tímto postojem pan profesor zastupovat zřejmě nemalý vzorek naší populace vskutku reprezentativně. Všechna čest.

Ano, byla to těžká doba. Každý se nějak rozhodoval. Věc nutno do značné míry zvažovat *ex ante*, nikoli až po bitvě. Tehdejší pohled byl jiný: Dělají to všichni, je to nutná daň, přijdou tam horší, zachráním obor či pracoviště, stejně není naděje aneb na věčné časy a tak dále. Jednání v nouzi, řekl by právník. Tak se vyzvraceli, poklekli a schválili ruskou okupaci. Nicméně doma za trámem měli Bibli kralickou. No, prosím. Něco z toho snad mohlo být i legitimní. Přísně individuálně. V dobrém úmyslu. Pokud se jím ovšem nedláždí – však víte co. A pokud se v dalším průběhu hranice neposouvá dál a dál. Za limit myslitelného. Jde to nesmírně snadno. Jeden si nemusí ani všimnout. A pak zajde příliš daleko. Kdo jede na tygru... Dalo by se to pracovně nazvat „Háchova volba“. Historie zná mnoho takových situací. V některých šlo bezprostředně o život. Konec strandy.

Jsem tolerantní. Jako ten, kdo nikam nevstoupil, si to mohu dovolit. Trvalo to na rozdíl od Protektora moc dlouho. Dvě generace, které se s tím sžily. Šlo to i na přič rodinami a přáteli. Ostrá čára proto dnes neexistuje. Vše odpuštěno, ať si v klidu dělají, co chtějí. Necht se jim daří. Přejí vše nejlepší. Jen jedno opravdu není nutné – aby nám stáli v čele. Hlavně ti z nich, kteří jsou schopni o tom promluvit s tak obłudně drzou nehorázností.

Raději nepopravovat

Jako bychom neměli vážnější starosti, odpovídající naší úrovni, zas propukla debata o eutanazii, tentokrát dětské. Je to jako třídní zimnice. Prý cosi v Belgii. No dobře. Ale my se co do vyspělosti společnosti, lékařů i laiků, nacházíme o několik *levelů* níže. Přijďte s tím znovu tak za padesát let. Jsme jako adolescent, co včera udělal s odřenýma ušima řidičák, ještě cuká spojku. Nejprve musíme mít v pořádku paliativní péči. Neopájet se špičkovými centry. Kvalita medicíny se pozná jinde. I kvalita sociálního systému.

Otázky: Jak pečujeme o handicapované, staré, demenční a duševně choré? Hlavně je někam odsuňte, ať nepřekážejí. Uklidte je, ale ne k nám, abychom se na ně nemuseli dívat. *Hlavně ty naše děti* – tohle vždycky zabírá. Schovajte je před generací, která by se právě měla naučit jiným postojům. Co financování léčených dlouhodobě nemocných, psychiatrických nemocnic, hospiců? Jak se k tomu

staví plátcí? Politici? Ano, máte pravdu. Oni jen pasivně sledují atmosféru společenské poptávky. Co účast sociálního systému? Bída s nouzí. Restrikce až na samu hranu smrti. Schází chuť, síly i prostředky.

A kdo z lékařů má životní ambici dělat paliativní medicínu? Jaké je pochopení pojištěnec a samospráv pro hospice, kamenné i mobilní? Třetina praktiků si nikdy nevyfasovala opiátové recepty. Nemají v kartotéce pacienty s neztišitelnou bolestí? Hlavně aby se nám pacient s metastázami ještě těsně před smrtí nestal fetákem. Jak umíme základy algeziologie na běžných nemocničních odděleních? Budu drsně upřímný: Je to mizérie. A ti kolegové si toho ani nejsou vědomi. A dál: Neděláme fatální diagnostické chyby? Pak respektujme analogii trestu smrti: Pokud se celkem nevzácně stávají justiční omyly, radši nepopravovat. Umíme skutečně zhodnotit kvalitu života pacienta? Podívejme se i na rozptyly a kiksy v posudkové medicíně, na diametrálně odlišné pohledy na jednu a tutéž kauzu. Zato víme jak zvorat zákony a jak překroutit jejich interpretaci, jak je nebrat až tak vážně a místo toho se mezi sebou *nějak rozumně domluvit*. Ruka ruku myje.

Jen prstíček malinko ohřát

Jak vidno, máme mnoho jiných, naléhavějších témat ke zlepšení. Zcela základních. Nejprve musí dojít k velké kultivaci myšlí i institucí. Pak teprve přikročit k takovému okrajovým a kontroverz-

ním otázkám. Toto není doba zralá na to přijít a říci: „Co takhle je radši zabít?“ Ono to v mediálním či románovém podání vypadá lepší, než to je. Dát trpícímu ránu z milosti na jeho žádost – to eticky nezní až tak zle. Jenže elementární potíže je právě v oné žádosti. Kompetentně uvážené. Neovlivněné tlaky. Na základě opravdové neřešitelnosti utrpení. Právě tady se kámen úhelný stává naopak kamenem úrazu, *lapis offensionis*.

Ani dobré zákony nestačí. Nedají se dovězt, opsat. To je rozšířená iluze. Podstatná je totiž vyspělost lidí, kteří je používají. Nejsme andělé. Zkuste někdy pečlivě naslouchat, co se říká a píše i mezi námi, zdravotníky. Není to jen samý humanismus. Občas zaslechnete překvapivě radikální až fašistoidní názory. Despekt k menšinám všeho druhu – rasové, sociální, věkové, zdravotní. Odmítání stigmatizovaných. Kdyby nebyli, třeba by to společnosti prospělo. Taková malá očista. Ještě by se ušetřilo. Ano, takhle to tenkrát vzniklo. Jezinky si nejprve jenom prstíček ohřály a najednou to byla rutina. Nemyslitelné se rychle stalo běžnou praxí. Stačí to malinko přejmenovat. Pohrát si se slovíčky. Když člověk dost chce, umí si zdůvodnit cokoli. Je to tak snadné. Nevěříme v objektivní nezaujatost. Žádná neexistuje.

Historie má tendenci se opakovat. Bohužel pokaždé v jiném hávu. Často mění převleky, takže ji včas nerozpoznáme. Kdo si o tom něco přečetl, ví přesně, co mám na mysli.

Inzerce M141000333



Dovolujeme si Vás pozvat na

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu

XIX. andrologické sympozium a II. feminologické sympozium

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

Pořádá:

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



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

MEDICAL SERVICES



Generální partner:
**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Hlavní partneri:

Lilly
Answers That Matter.

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Pfizer

Poziváme společně pro zdravější svět



Srdce je naše srdeční záležitost

Text: Eva Pavlatová
Foto: Leoš Chodura

Otec, dva synové a všichni tři mají stejný zájem, který se stal jejich povoláním i láskou. Rodina kardiologů Widimských se svou prací neustále zapisuje do dění v naší i světové medicíně, byť doyen rodu zanedlouho oslaví již své 89. narozeniny.

Jiří Widimský: Za války jsem odmaturoval na plzeňském klasičtém gymnáziu, ale otec, který vlastnil tiskárnu, se domníval, že ji jediný syn převezme. Plnil jsem tedy jeho přání a současně se vyučil sazečem. Výhodou bylo, že jsem nemusel na práci do Německa, ale zůstal jsem u otce v tiskárně. Na gymnáziu jsem koketoval s několika obory. Bavila mě chemie a cizí jazyky. Kromě rozsáhlé výuky latiny, řečtiny a povinné němčiny jsem studoval také francouzštinu, soukromě ruštinu u jednoho emigranta a angličtinu u učitele, který nám nabídl, že nás ji naučí za dva roky, ale všechny varoval, že takto intenzivní kurz nás zvládne jen polovina. Přesně to se stalo. Když však přišli do Plzně Američané a radnice potřebovala tlumočníky, neměli jsme problém se domluvit.

Co bylo hlavním momentem, kdy se váš život obrátil k medicíně?

JW: Jednoho dne do kanceláře tiskárny přišel otcův přítel a přinesl německou „Biologii člověka“. Podal mi ji a řekl: „Přečti si to, jestli tě to bude zajímat.“ Knihu jsem přečetl jedním dechem a byl jsem rozhodnutý – to a nic jiného! Prvního dva a půl roku jsem studoval na plzeňské lékařské fakultě a v roce 1948 jsem se přihlásil na prázdninovou praxi do Prahy. Chtěl jsem poznat naše hlavní město a jeho lékařskou fakultu. Přidělili mne na IV. interní kliniku. Během studia jsem pracoval jako volentér v Ústavu tělovýchovného lékařství a fiškusoval na IV. interní klinice profesora Bohumila Prusíka. Praha se mi zalíbila a požádal jsem o přestup. Chtěl jsem zde zůstat i po promoci, ale dostal jsem umístěnku do Karlových Varů. Tam mě na nádraží čekala kamarádka ze studií a sdělila mi, že mě chtějí poslat do Kraslic, a pokud chci být v nemocnici v Karlových Varech, je volné místo

sekundáře na rentgenovém oddělení. Věděla, že bych rád dělal internu, pro niž by se rentgen mohl hodit. Na krajském národním výboru jsem tedy oznámil, že bych rád dělal rentgenologii. Za čas na interně onemocněl lékař a sama ředitelka mi jeho místo nabídla. Tím jsem se dostal k vytoženému oboru.

Přesto jste se vrátil do Prahy – na jakou pozici?

JW: Zúčastnil jsem se konkurzu na vědeckou aspiranturu Ústavu pro choroby oběhu krevního (ÚCHOK), neboť jsem v době svého působení v Ústavu tělovýchovného lékařství publikoval jednu práci. Příjímáčí komise, která se skládala z profesorů Ivana Málka, Heleny Raškové a Otakara Šmahela, se se mnou bavila o problematice *cor pulmonale* při silikóze, kterou jsem tehdy řešil v Karlových Varech na oddělení pracovního lékařství. Do ÚCHOK jsem se dostal k profeso-

ru Janu Brodovi s tím, že bych se měl po třech letech na tělovýchovný ústav vrátit jako kandidát věd. Ale zůstal jsem. V 50. letech tento ústav představoval hotovou oázu. Mým bezprostředním nadřízeným byl profesor Zdeněk Fejfar. Věnoval jsem se hypertenzi, což byl začátek mého vztahu k ní, i moje kandidátská disertační práce pak byla na téma hypertenze.

Ale aby to všechno nebylo jen příjemné a jednoduché, přišlo na mě po třech letech udání od kolegy, který mě znal z Plzně a s nímž jsem se sešel na jedné přednášce. Byl tak překvapený, že mě vidí mezi vědeckými aspiranty, že hned ohlásil na ministerstvo zdravotnictví, že jsem synem buržoazních rodičů, kteří byli dokonce z Plzně vystěhovani, že otec byl dva roky osoba státně nespolehlivá, a měl bych proto být z aspirantury vyloučen a pracovat jako obyčejný lékař. Skoro rok jsem čekal, jak bude stížnost vyřešena, ale díky rozumnému postoji ministerského kádrového referenta to dobře dopadlo.

V jednom článku jsem o vás četla, že vaším druhým domovem je Švédsko...

JW: Na doporučení profesora Broda jsem požádal o stipendijní místo Švédské kardiologické společnosti zprostředkované Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Byla jmenována příjímáčí komise, které jsem předložil *curriculum vitae* a seznam prací publikovaných v zahraničí a čekal na rozhodnutí. Od roku 1953 jsem marodil s Ménierovou chorobou, a když jsem právě ležel se záchvaty na ušním oddělení ve Vinohradské nemocnici u profesora Chládky, volal Jan Brod a gratuloval mi, že jsem konkurz vyhrál. Oznámil jsem mu, že nebudu moci kvůli svému zdravotnímu stavu nastoupit, ale on pravil: „Tam to ztratíš.“ A z části měl pravdu. Poprvé jsem byl ve Švédsku od února 1961 do konce března 1962.

Co vše vám pobyt ve Švédsku dal?

JW: Hlavním ziskem z pobytu pro mne bylo poznání švédské kardiologie a pneumologie. Naučil jsem se hodně z kardiopulmonální medicíny, zejména funkční diagnostiku, která u nás byla trochu zanedbaná. Umožnili mi pravostanné a levostranné srdeční katetrizace, které jsem uměl z ÚCHOK v Praze. S jedním kolegou jsme požádali našeho šéfa profesora Werköho, aby nám zprostředkoval návštěvu švédských interních klinik v Lundu, Stockholmu a Uppsale. Okružní cestu po klinikách opravdu zařídil a všude nám ochotně vyprávěli, co a jak dělají.

Vědeckým výsledkem pobytu ve Švédsku bylo osm publikací v západních časopisech. V jedné jsem byl uveden jako první autor, u dalších jako druhý nebo třetí. O některé práce jsem se podělil s kolegy, kteří se potřebovali habilitovat, což velmi ocenili. Profesor Brod mi umožnil krátkodobé pobyty v letech 1965, 1967 a 1968. Naposledy jsem ve Švédsku pracoval v roce 1969. Z každého pobytu jsem měl jednu zahraniční publikaci v časopise s impakt faktorem. Poslední roky jsem vyjel na pracovní vízum.

Takže jste se ještě ke všem jazykům, které jste už uměl, naučil i švédsky?

JW: Chodil jsem hned při prvním pobytu do německo-švédského kurzu, ale musím přiznat, že Němcům se v něm dařilo lépe, protože švédština je germánský jazyk. S pacienty jsem se ale domluvil.

Zastihly vás ve Švédsku srpnové události v roce 1968?

JW: Dokonce s celou rodinou. Užívali jsme tehdy malý byt na ubytovně, kde bydlely mimo jiné sestřičky, ale také docent Stiksa z Prahy, který se nakonec rozhodl emigrovat, žije od té doby ve Švédsku a jsme stále blízcí přátelé. A byl to on, kdo přiběhl 21. srpna 1968, bouchal na dveře a křičel, co se v Československu stalo. „Tak a co teď?“ říkal jsem si. Manželka měla bratra, který se mohl doma postarat o její rodiče, ale já byl jedináček a představa, že bych rodičům v posledních letech jejich života, kdy živořili v letním domku v Nové Huti u Plzně, nepomáhal a nechal je o samotě, byla hrozná. Dostal jsem ihned dvě pracovní nabídky, na pneumologické klinice a na fyziologii, a další nabídku z Basileje od profesora Herzoga. V Göteborgu nám přidělili šestipokojový byt se dvěma koupelnami, synové tam začali chodit do školy a všichni předpokládali, že zůstaneme. Vrátit se toho roku koncem října zpět do vlasti byla velká odva- ha. Profesor Wilhelmsen za mnou přišel s dotazem: „Můžeš mi říct, Jirko, co jsme ti udělali, že se vracíš?“ Vnímám můj odchod jako chybu. I spolužáci našich synů dávali najevo své překvapení. Petr jim na to řekl: „Kdyby náhodou Rusové přišli k vám do Švédska, také byste svou zemi opustili?“ – „Ne,“ odpověděli. „My jsme doma tady, ale Rusové tady doma nejsou.“

Petr Widimský: Na ráno 21. srpna nemohu zapomenout, protože jsem našel plačící rodiče před televizí, kde sledovali záběry ruských tanků v Praze. Nevěděli jsme, jestli ještě někdy uvidíme babičky

PŘEDSTAVUJEME



a dědečky. Jakmile padlo rozhodnutí o návratu, byl jsem stále jediný, kdo byl proti, ale dnes už vím, že toho z celé rodiny nikdo nelitujeme a jsme rádi, že jsme se vrátili.

Jiří Widimský ml.: Přestože mi tehdy bylo jen 12 let, byl to nepřijemný zážitek, navíc v daleké cizině. Nicméně já si přál vrátit se, neboť jsem to tehdy posuzoval ze zorného úhlu existence kamarádů doma, měl jsem navíc nedávno zakoupené jízdní kolo Favorit, začínal jsem s tenisem a tak dále.

Po návratu tu najednou byl IKEM...

JW: V době, kdy jsme ještě nebyli zcela rozhodnutí, zda Švédsko opustíme, mi telefonoval primář Bergmann, vynikající kardiolog a internista, který se stal nástupcem Jana Broda po jeho emigraci, jestli bych se nemohl vrátit, protože Ústav pro choroby oběhu krevního stojí před zánikem. Tehdy ho opustilo mnoho lidí. Nejen profesor Brod, který se velmi angažoval v Pražském jaru a stal se iniciátorem „Dvou tisíc slov“ (když šel spolu s profesorem Otakarem Poupou za Ludvíkem Vaculíkem, aby manifest sepsal), ale také dalších dvanáct lékařů. Ze zbývajících jsem měl nevyšší vědeckou kvalifikaci, protože jsem byl na jaře 1968 habilitovaný na Fakultě dětského lékařství UK, kde jsem od roku 1965 přednášel. Profesor Fejfar zůstal ve Světové zdravotnické organizaci, profesor Piša byl v Kodani a pak v Ženevě.

Vznik IKEM pro mě byl překvapením. Myslel jsem, že jdu zachraňovat ústav, a netušil jsem, že ze čtyř samostatných klinických pracovišť (Ústavu klinické a experimentální chirurgie, Ústavu experimentální a klinické terapie, Ústavu výživy lidí a našeho ústavu) vznikne IKEM. Vše se sloučilo do jednoho celku, podařilo se za-

chránit naši činnost, zkoncentrovat duplicitní provozy a laboratoře, propojit vědecké a klinické týmy, vznikla výborná centrální knihovna a tak dále. Od roku 1971 jsem byl přednostou II. interní výzkumné základny (dnešní Kliniky kardiologie) IKEM.

Nebylo vedení kliniky spíše práce personální a manažerská? Dostal jste se vůbec i k výzkumu a kardiologii jako takové?

JW: Věnoval jsem se především plicní hypertenzi. S docentem Aloisem Ouředníkem a po jeho smrti s profesorem Janem Hergetem jsem realizoval mezinárodní sympozia o plicní cirkulaci a plicní hypertenzi pod záštitou Evropské kardiologické společnosti. Dokonce se nám podařilo, aby přijel nositel Nobelovy ceny profesor André Courmand. S velkým úspěchem jsme sympozia pořádali každých pět let až do roku 1999. Výstupy z prvních pěti byly publikovány ve Švýcarsku formou monografie v nakladatelství S. Karger v Basileji.

Po listopadu 1989 se otevřely hranice a lidé mohli na kongresy do celého světa. Navíc poslední sympozium neskončilo dobře, protože přijela velká americká delegace a profesor Fishman, takový papež kardiopulmonální problematiky v USA, si na jeho závěru posteskl: „My musíme shánět granty na cestu do Prahy a není to jednoduché sem přijet. Je nás tady třicet a Čechů a Slováků je patnáct.“ Byla to tvrdá kritika, ale spravedlivá. A tak tato tradice zanikla.

Jak moc obtížné pro vás bylo prosadit se v mezinárodních odborných společnostech? Režim patrně výjezdům na Západ moc nepřál...

JW: V roce 1976 jsem byl v tajných volbách zvolen do výboru Evropské kardiologické společnosti (ESC)

a po čtyřletém volebním období mě výbor navrhl jako viceprezidenta, takže jsem v organizaci setrval do roku 1984. Byl jsem byl v této mezinárodní funkci, nebyla dostatečným argumentem pro to, abych v roce 1983 neztratil pozici přednosty kliniky, protože po mém místě zatoužil blízký přítel soudruha Bilaka, profesor Fabián. Mohl jsem ale zůstat dál v ústavu. Od roku 1972 do roku 1984 jsem působil jako konzultant Světové zdravotnické organizace a účastnil se multicentrické mezinárodní studie o rehabilitaci pacientů po infarktu myokardu.

Měl jsem po celou dobu výhodu, že klinické oddělení vedli k mé spokojenosti primář Karel Bergmann s vrchní sestrou Růženou Novotnou. Často jsem vyjžděl do zahraničí především na schůze výboru Evropské kardiologické společnosti, za což jsem byl opakovaně kritizován, ale věděl jsem, že v Praze vše funguje, jak má. Předsedání v mezinárodních organizacích by nemělo být pouze formální. Na první schůzi výboru ESC mě přivítali slovy: „Před tebou tady byl doktor Glazunov z Moskvy a my ho viděli jenom na první schůzi. Tak doufáme, že tady s námi budeš dopřady pracovat.“ Otevřeně jsem jim vysvětlil, že to prostě v socialistických zemích nevidí rádi, když jezdíme na západ, ale pokud pozvánky psali jménem Světové zdravotnické organizace, mohl jsem se zúčastnit všech akcí.

A jak jste se dostali k medicíně vy? Ovlivnil vás otec svým povoláním?

PW: Přibližně od osmi let mě zajímaly přírodní vědy, ve škole mě bavil přírodopis, chemie a četl jsem si i takto zaměřené knížky. Před maturitou na gymnáziu už byly úvahy širší, avšak postupně se soustředily na jasný cíl. Rozhodující roli ve volbě medicíny hrál fakt, že jde o smysluplnou činnost, která pomáhá lidem, a že se může stát skutečnou náplní života. Navíc za minulého režimu nebyly některé profese zdaleka tak nezávislé jako právě medicína (s výjimkou některých vedoucích pozic) a lékař na rozdíl třeba od právníků, ekonomů nebo filozofů mohl vykonávat práci bez politického tlaku na její obsah. Samozřejmě rozhodovala i racionální úvaha, že se jedná o práci, která vás vždy uživí. Historicky vzato lékaři byli schopni se uživit za jakékoli situace a v jakémkoli režimu... Vliv otce na volbu povolání byl také zcela přirozený. Měli jsme v něm příklad člověka, kterého práce nesmírně baví, má smysl a získal si v ní velké uznání – a takový pří-

klad musí mladého člověka ovlivnit. Táta nás nikdy ani slůvkem nenutil jít studovat medicínu, ale jeho příklad byl velmi silný.

JW ml.: Paradoxně k výběru medicíny přispěla i skutečnost, že nás do ní otec vůbec nenutil. Navíc jsme měli i na gymnáziu velmi dobré učitele chemie a biologie, což možná také hrálo svou roli. Medicína je velmi atraktivní obor, o čemž mne přesvědčili někteří otcovi přátelé – kolegové. Mezi nimi rád vzpomínám na MUDr. Jaromíra Volfa, našeho uznávaného lékaře a horolezce, účastníka mnoha himálajských expedic. Díky mému velmi pozitivnímu vztahu k vysokohorské turistice a k horám vůbec měl na mé rozhodování o volbě povolání velký vliv a jsem mu za to do dnes vděčný.

Kardiologie, které se věnoval váš tatínek, byla stejně přirozenou volbou i pro vás?

PW: V pětadvaceti letech má člověk svou hrdoť a chce si jít svou cestou, nikoli být přívěskem svých rodičů nebo stát v jejich stínu. Táta to dotáhl ve svém oboru tak daleko, že jsem si nikdy neuměl představit, že bych někdy mohl dojít aspoň přibližně tam co on. „Než dělat kardiologii a být celý život druhý Widimský, to si raději zvolím jiný obor, kde budu víc sám sebou,“ říkal jsem si. Ale po době, kdy jsem při studiu sloužil jako sanitář na koronární jednotce, abych si přivydělal, po čtyřech letech kardiologické zkušenosti jako medik a zhruba po prvním roce reálné zkušenosti jako mladý lékař jsem věděl, že mě kardiologie baví nejvíc.

Mým šéfem byl tehdy přednosta II. interní kliniky profesor Vlastimil Víšek, který nedávno zemřel. Právě s ním jsem řešil otázku, kterému oboru se v rámci vnitřního lékařství budu věnovat. Z uvede-

ných důvodů jsem se klonil k nefrologii, která se mi také docela líbila. A on se zarazil: „Docela? A který obor se ti z interny líbí nejvíc, bez ohledu na otce?“ „Kardiologie,“ odpověděl jsem. „Tak se vykašli na všechny úvahy, protože to bude tvůj život, a jestli je táta viceprezidentem Evropské kardiologické společnosti, ty můžeš být jednou jejím prezidentem,“ pravil. A bylo rozhodnuto. Navíc jsem měl v té době unikátní možnost jednou otce doprovázet na kongres v Rakousku a tato zkušenost, setkání se špičkami oboru z celé Evropy, mne samozřejmě též ovlivnila. **JW ml.:** Už během studia medicíny jsem pracoval jako pomocná vědecká síla v laboratořích III. interní kliniky. Měl jsem to štěstí, že mým učitelem byl od začátku profesor Karel Horký, který mě uvedl do problematiky arteriální hypertenze. Díky jeho podpoře se nám povedlo nejen postoupit do mezinárodního kola studentské vědecké odborné činnosti, ale navíc i později vyhrát mezinárodní soutěž mladých výzkumníků v Berlíně. Arteriální hypertenzi jako oboru přesahujícímu hranice kardiologie jsem zůstal věrný. Určitou část mého zájmu představují endokrinní hypertenze.

Co se vám na kardiologii líbí nejvíc?

PW: Spojuje pozitivní intelektuální aspekty z interny s manuálními aspekty blízkými chirurgii, současně jde o „akční“ obor, který obsahuje boj o život. Má blízko i k anesteziologii a resuscitaci a tím, že instrumentálně léčí srdce pomocí specializovaných zákroků, se blíží kardiokirurgii.

JW ml.: Já kardiologii posuzuji z pohledu neinvazivně laděného kardiologa. Arteriální hypertenze je oblast na hranici mezi kardiologií a vnitřním lékařstvím. ▶



prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc., FESC, FCMA

* 31. března 1925 v Plzni

Po absolvování Fakulty všeobecného lékařství UK se v roce 1957 stal kandidátem lékařských věd, v roce 1968 docentem vnitřního lékařství a doktorem lékařských věd a v roce 1978 byl jmenován profesorem vnitřního lékařství.



ality of Cardiology (EBSC) a stále ještě pracuje na malý úvazek na Klinice kardiologie IKEM v Praze. V období 1974–1992 byl šéfredaktorem mezinárodního časopisu *Cor et Vasa* a dosud je členem několika redakčních rad. Je autorem či spoluautorem přibližně 1000 publikací a 59 monografií.

Od roku 2003 je zvoleným členem České lékařské akademie. V roce 2005 získal zvláštní uznání ministra zdravotnictví ČR za mimořádný přínos pro české zdravotnictví. Je čestným členem České angiologické společnosti ČLS JEP, České kardiologické společnosti, České internistické společnosti ČLS JEP, České společnosti pro aterosklerózu nebo České společnosti pro hypertenzi, kterou v roce 1983 jako pracovní skupinu České kardiologické společnosti založil. V roce 2007 byl jmenován čestným členem European Society of Hypertension a byla mu též udělena Hlávková medaile za celoživotní vědeckou práci. V roce 2010 mu bylo uděleno čestné uznání za celoživotní vědeckou práci nadací Dagmar a Václava Havlových.

Po působení v nemocnici v Karlových Varech pracoval v letech 1951–1969 v Ústavu pro choroby oběhu krevního, v letech 1970–1983 pak jako přednostu II. interní výzkumné základny (nynější Kliniky kardiologie) IKEM. V roce 1961 získal roční stipendium Švédské kardiologické společnosti a rok pracoval na interní klinice Lékařské fakulty Göteborgské univerzity. V letech 1976–1993 byl přednostou katedry kardiologie IPVZ. Působil v mnoha kardiologických a internistických společnostech, v letech 1976–1980 byl členem výboru Evropské kardiologické společnosti (ESC) a v letech 1980–1984 jejím viceprezidentem. V letech 1974–1983 byl konzultantem Světové zdravotnické organizace (WHO). V současné době je mj. členem výboru European Board for the Speci-

Na mém oboru se mi líbí, že dokážeme část pacientů zcela vyléčit a u značné části dalších dokážeme znormálnízovat krevní tlak a výrazně tak ovlivnit prognózu.

Nezatožili jste někdy pracovat s otcem v IKEM?

PW: Žádnou takovou touhu jsem neměl, až na jednu výjimku. Jsem tady spokojený a daří se mi zde dělat s celým týmem na slušné úrovni i výzkum. Do IKEM jsem měl možnost odejít v roce 2000, kdy jsme tady usilovali o vytvoření kardiologické kliniky a tehdy se to nesetkávalo s pochopením vedení nemocnice a fakulty. V IKEM právě končil přednosta kardiologie profesor Vladimír Staněk a já dostal nabídku vzít místo po něm. Už jsem měl připravenou přihlášku do výběrového řízení, ale asi dva dny před jejím podáním se zde na Vinohradech prolomily ledy a samostatnou kardiologickou kliniku zřídili. Tak jsem zůstal věrný „své“ nemocnici.

JW ml.: Po tom jsem nikdy netoužil a myslím si, že by to ani nebylo moc vhodné.

Nejen interna, ale i samotná kardiologie se dnes tříští na jednotlivé specializace... Jde ještě vůbec některý obor obsáhnout z celkového pohledu?

PW: Pojmout tělo jako celek je sice krásná myšlenka, ale ani v interně už to nejde. Již v roce 1998 na světovém sjezdu, kde jsem navštívil přednášky sekce „Současnost a budoucnost vnitřního lékařství“, špičkoví internisté z různých zemí včetně Spojených států amerických, Velké Británie, Francie a Německa dospěli k závěru, že interna, jaká byla zhruba před rokem 1980, v podstatě už ani neexistuje. Když se dnes mladí lékaři připravují na atestaci z interny, nemají šanci vidět všechny existující choroby. Mohou se naučit z každého oboru trochu, ale zůstanou „na povrchu“, nemohou jít do hloubky.

Specializace je proto nutná a celkový pohled na pacienta přísluší spíše praktickým lékařům než internistům. Dobrý praktik by měl být schopen vidět člověka v celku a posílat ho k jednotlivým specialistům. Ti by pak měli odvést co nejlepší práci v dané oblasti. V tomto názoru se občas neshodnu s některými představiteli interny, kteří si myslí, že interna zůstane trvale mezičlánkem mezi praktickým lékařem a specialistou. Já se obávám, že internista se pomalu stává zbytečným. Debatu na toto téma vedeme i v naší nemocnici. Problémem je například, kdo v budoucnu bude zajišťovat interní konzilia

před operacemi nebo třídit akutní příjmy interních nemocných.

JW ml.: V pohledu na internu se s mým bratrem stejně jako s některými dalšími invazivními kardiology neshodujeme. Tento rozdílný pohled se však netýká pouze naší rodiny, ale platí obecně. Záleží na zorném úhlu hodnocení, který u internistů či neinvazivních kardiologů může být odlišný. Vždyť do které přihrádky řadit velmi časté stavy, jako jsou arteriální hypertenze, dyslipidemie, ateroskleróza a další. Kam máme například zařadit nejčastější sekundární hypertenzi, kterou je primární aldosteronismus – bývá zde těžká hypertenze i vyšší riziko kardiovaskulárních komplikací včetně arytmií. Je to kardiologické, nebo endokrinologické onemocnění? Možná spíš interní. A takových případů bychom našli daleko více. S postupujícím věkem navíc přibývá polymorbidních nemocných s více diagnózami a diferenciatní diagnostika v rámci interny je velmi důležitá. Téma vnitřního lékařství by však samo o sobě vydalo na samostatnou kapitolu.

Jaká byla kardiologie ve vašich začátcích?

PW: Pracoval jsem v roce 1979. V Československu jsme měli v 70. a 80. letech dobrou špičkovou kardiologii, vzdělané lékaře, ale průměr byl kvůli nedostatečnému přístupu k technologiím a moderním lékům zoufalý. Pamatuji se dokonce na dvouleté období, kdy nebylo možné sehnat ani ty nejobyčejnější léky – prolongované nitráty, úplně základní terapii pro anginu pectoris v situaci, kdy nebyla dostatečně dostupná angioplastika nebo *bypass*. Nebyly k dispozici téměř žádné léky „západní“ výroby ani speciální zákroky prováděné „západních“ přístrojích (například angiografech). Dostat se na kardiologii bez osobních kontaktů nebo úplatků nebylo možné. Dnes se mluví o korupci ve zdravotnictví, ale prostor pro korupci přece vzniká pouze z nedostatku (z převisu poptávky nad nabídkou služeb), což dnes v kardiologii ani kardiologii bez osobních kontaktů nebo úplatků nebylo možné. Dnes se mluví o korupci ve zdravotnictví, ale prostor pro korupci přece vzniká pouze z nedostatku (z převisu poptávky nad nabídkou služeb), což dnes v kardiologii ani kardiologii bez osobních kontaktů nebo úplatků nebylo možné. Dnes se mluví o korupci ve zdravotnictví, ale prostor pro korupci přece vzniká pouze z nedostatku (z převisu poptávky nad nabídkou služeb), což dnes v kardiologii ani kardiologii bez osobních kontaktů nebo úplatků nebylo možné.

V minulém režimu jsem prožil jedenáct let svého profesního života, pracoval jsem stále ve Vinohradské nemocnici a stěžovat si osobně nemohu. Dnes je ale situace nerosrovnatelně lepší; tehdy nemocní umírali zcela zbytečně a lékaři se na to museli často bezmocně dívat. Bohužel tehdejší cenzurovaný tisk o problémech nepsal, jen

neustále opakoval lži o dokonalém socialistickém zdravotnictví, zatímco dnešní tisk upadl do druhého extrému, píše jenom o problémech (hlavně o financích) a zcela opomíjí fakt, že se v Česku dělá špičková medicína (myslím, že český průměr je nyní lepší než průměr v USA) za neuvěřitelně málo peněz (nejen USA, ale i většina zemí západní Evropy na stejnou nebo horší medicínu vydává mnohonásobně více prostředků, než je tomu u nás).

JW ml.: Myslím, že ani v 80. letech nebyla díky kvalitním lékům morbidita a mortality v ČR. Kromě výrazných pokroků v péči o akutní kardiologické situace se zlepšila i úroveň kontroly rizikových faktorů ischemické choroby srdeční, sekundární prevence a tak dále.

Všichni pracujete ve výzkumu. Čemu jste se věnovali nejvíce?

JW: Prioritou číslo jedna byla v 70. a 80. letech v IKEM chirurgická léčba ischemické choroby srdeční a číslo dvě transplantace srdce. Mezi priority naopak nepatřila hypertenze ve velkém ani v malém oběhu, což ale byla moje dvě hlavní témata. Přesto jsme například s profesorem Bohuslavem Ošťádem z Akademie věd, kde byl společný tým kardiologů a fyziologů a dělala se tam zapálená klinická a experimentální věda, studovali vliv intermitentní opěťované hypobarické hypoxie na kardiopulmonální systém a možnosti farmakologického ovlivnění a spontánní reverzibility vyvolaných změn. Těší mě, že řada výsledků naší práce je dodnes citována.

Cílem léčby hypertenze je její kontrola, to jest snížení TK na hodnoty pod 140/90. Původně tomu tak u nás bylo jen asi u 15 procent hypertoniků, nyní se dosahuje kontroly hypertenze v populaci u 30 až 40 procent. Potíže jsou zejména s pacienty, kteří tvrdí, že berou pravidelně léky, ale ve skutečnosti je neužívají vůbec. Veliký objev statinů, který nastal už před 20 až 30 lety, pak občas přirovnávám k objevu penicilinu. První studie ukázala, že se během 2 let snížil počet infarktů o 40 procent a úmrtí na něj o 30 procent. Jde o léky, které jsou snášené a radikálně snižují cholesterol, navíc je mohou předepisovat i praktičtí lékaři.

PW: Já se prvních 10 let svého profesního života věnoval echokardiografii ve vztahu k srdečnímu in-

farktu. Až po roce 1990 jsem se přeorientoval na intervenční kardiologii – zejména koronární angioplastiku, opět se zaměřením na akutní infarkty. První angioplastiku na světě udělal Andreas Grüntzig ve Švýcarsku 16. září 1977 a pacient dodnes žije, zatímco lékař zahynul v roce 1985, když havarovalo jím pilotované letadlo. Pacient měl anginu pectoris, takže byl ve stabilním stavu a nešlo v tu chvíli o život. Nizozemci poté byli první, kdo vědeckým způsobem dokázal, že tato metoda je lepší než trombolýza. My potom byli první, kdo tento způsob léčby ve spojení s předáním pacienta do kardiocentra zavedl celostátně.

Správný proces je ten, že pacient s bolestí na hrudníku zavolá záchranku, ta přijede, udělá EKG, a pokud je typické pro infarkt, pacienta veze rovnou do specializovaného kardiocentra, kde jde přímo na operační sál na zákrok. Nemá se zastavovat ani na koronární jednotce, ani na centrálním příjmu. Studie PRAGUE-1 a PRAGUE-2 na přesných číslech vyléčených pacientů dokázaly, že kardiocentra a moderní metoda léčby angioplastikou jsou v případě akutního infarktu myokardu nejdůležitější. Výsledky byly prezentovány v letech 1999 a 2002 na kongresech Evropské kardiologické společnosti, kde se sešlo 25 tisíc kardiologů, a v celém světě se nyní podle tohoto modelu mění léčba infarktu. V roce 2008 jsem v rámci ESC založil celoevropskou iniciativu *Stent for Life*, jejímž cílem je rozšířit léčbu infarktů pomocí angioplastiky do všech zemí Evropy.

Pár let po smrti Andree Grüntziga Evropská kardiologická společnost zřídila tradici slavnostních přednášek na Evropském kardiologickém kongresu, které jsou po něm pojmenovány, a vždy vyberou jednoho intervenčního kardiologa z celého světa, který přednášku pronese. Loni jsem měl tu čest, že jsem ji mohl přednést na kongresu ESC v Amsterdamu.

JW ml.: Od začátku své profesní dráhy se věnuji problematické vysokého krevního tlaku z různých aspektů. Koncem 80. let jsem pracoval v Institutu klinického výzkumu v Montréalu na problematice natriuretických peptidů u experimentální hypertenze, což navazovalo na můj dlouhodobý zájem o humorální aspekty hypertenze. V této oblasti se nám společně s mými spolupracovníky povedlo publikovat řadu původních prací, z nichž některé byly opakovaně oceněny odbornými společnostmi. Můj zájem o problematiku hypertenze vyústil v založení prvního centra v ČR pro její výzkum,

PŘEDSTAVUJEME

diagnostiku a léčbu, které se zabývá komplexním přístupem k nemocným s různými poruchami kontroly krevního tlaku, od kardiologie a angiologie přes endokrinologii, metabolismus (včetně *diabetes mellitus*), nefrologii až k molekulární biologii. Na klinice se hodně věnujeme endokrinním hypertenzím z různých aspektů, máme například rozsáhlé soubory pacientů s primárním aldosteronismem. V současnosti se hodně věnujeme problematice výzkumu vlastností cévní stěny a také rezistentní hypertenzi. V programu renální denervace u hypertenze spolupracujeme s některými dalšími kardiocentry v Česku.

Jak vnímáte vývoj diagnostiky, invazivní léčby a farmakoterapie v oboru kardiologie?

PW: Všechno souvisí se vším, všechny oblasti jsou důležité, všechny se až neuvěřitelně rozvinuly. Měl jsem na své profesní dráze to štěstí, že jsem už jako mladý lékař mohl být u rozvoje moderních zobrazovacích metod. Zrovna se totiž na Vinohrady zakoupil dvourozměrný echokardiograf, první v Československu, a my tu echokardiografii dělali trochu pionýrským způsobem, ale s obrovským nadšením. Druhé štěstí jsem měl v roce 1990, kdy jsem získal stipendium Evropské kardiologické společnosti na roční výzkumný pobyt v nizozemském Rotterdamu. Poté mi mí noví kolegové nabídli druhý rok na klinice ve Zwolle, kde jsem se dostal k pořádné invazivní kardiologii, jaká se na Vinohradech předtím provozovala jen ve velmi omezené míře. Za rok jsme zde tehdy zvládli přibližně 60 až 100 koronarografických vyšetření a můj tehdejší přímý nadřízený docent Václav Červenka provedl kolem 20 angioplastik ročně, kdežto ve Zwolle jich ročně dělali 2 tisíce. Navíc v době mého působení začali tímto způsobem jako první na světě léčit infarkt. Viděl jsem neuvěřitelné výsledky a nadchnul jsem se pro tuto metodu tak, že se v podstatě stala náplní pro následujících 20 let mého profesního života.

Co se týče farmakologie, pokroky, které se v ní dějí, jsou rovněž gigantické, včetně prodloužení délky života a snížení úmrtnosti na kardiovaskulární choroby. Ještě několik let po mé promoci byla nemocniční úmrtnost na akutní infarkt kolem 30 procent, dnes je to pouze okolo 5 procent. Při přesné a včasné diagnostice už v průběhu onemocnění lze pro pacienta mnohem více udělat. Typickým příkladem je třeba případ nestabilní anginy pectoris a infarktu myokardu.

Počet velkých infarktů klesá mimo jiné proto, že se pacient podchytí dříve, a to v době, kdy má nestabilní anginu pectoris nebo malý infarkt. Lepší se také prevence a životospráva a klesá počet kuřáků.

Čím se dnes zabývá preventivní kardiologie?

JW: Prevence je důležitá, ale žel - hodně se o ní mluví, málo se dělá. Vezmete-li hlavní faktory kardiovaskulárních chorob, jedná se o hypertenzi, která je dobře léčitelná, o hyperglykémii či dyslipidemií, která je také léčitelná, ale s kouřením, jež je vážnou toxikomanií a není na něj žádný lék, jsme žádnou díru do světa zatím neudělali. Přitom máme příklady ze země jako třeba Skotsko, kde zakázali kouření v restauracích, barech a dalších veřejných prostorech. Data ze skotské studie, nedávno uveřejněné v *New England Journal of Medicine*, ukazují, že po přijetí protikuřácké legislativy poklesl o 17 procent počet pacientů přijatých do nemocnic pro akutní koronární syndrom; v Anglii, která v té době obdobnou legislativu neměla, poklesl ve stejném časovém období pouze o 4 procenta, což je silný argument. Zákon o omezení kouření chrání nejen nekuřáky, ale zároveň ovlivňuje i kuřáky ve snaze o snížení počtu vykouřených cigaret nebo zanechání kouření. Majitelé restaurací si kupodivu nestěžují na žádné snížení návštěvnosti.

Bohužel jsem neodnaučil kouřit ani svého blízkého přítele docenta Ouředníka, se kterým jsem pořádal v Praze tři mezinárodní sympozia o léčbě hypertenze. Říkal jsem mu: „Jak můžeš kouřit, když jsi pneumolog?!“ A on mi na to odpověděl, že se v jejich rodě všichni dožívají devadesát let a že to má v genech. V genech to neměl a umřel v osmapadesátí.

PW: Myslím, že všichni o škodlivosti kouření vědí a záleží na individuálním rozhodnutí. Jsem liberální, protože nejsem přítelem direktivního jednání s lidmi. Každý člověk je pánem svého těla, má svůj rozum a není možné mu něco zakazovat a přikazovat. Nedávno jsem odmítl podílet se na jedné protikuřácké kampani, která se mi zdála příliš agresivní. Lidé by měli dostat opakovaně přesnou informaci, jak kouření škodí, čím škodí a jaká je úmrtnost na infarkty, rakovinu, a pokud se ve světle těchto informací rozhodnou kouřit, už je to jen jejich volba. Něco jiného je kouření u zdravotníků. U lékařů to považují za profesionální selhání. Jak mohou přesvědčovat své pacienty, aby přestali kouřit, když je z nich samotných cítit nikotin?!

JW: Už začátkem 70. let jsme prováděli pod vedením profesora Šimona studii populace z Prahy 4, dále ze Škodových závodů v Plzni, z Frýdku-Místku a jinde, z jejichž výsledků vyplynulo takzvané pravidlo 10. Asi 10 procent ze 100 kuřáků se podaří cílenou osvětou a intervencí přivést k tomu, aby přestali kouřit. Sám jsem kdysi kouřil 10 cigaret denně po dobu asi 10 let a potom jsem dokázal naráz přestat. Manželka také dokázala přestat s kouřením, synové nekouřili nikdy, vnoučata také nekouřili. Celá naše rodina je nekuřácká.

Zřejmě proto, že jste také rodina sportovců...

JW: V mém věku už je sport *passé*. V mládí jsem však byl závodním kanoistou v oddílu vodáků v Klubu českých turistů, kde byla výtečná parta. Jakmile jsem pak ale začal studovat, byl se závoděním konec. Kanoistika vyžaduje každý den dvě hodiny tréninku a to je moc. Myslím si, že závodní sportování a medicína, kterou chce člověk dělat s vědeckým zaměřením, nejde dohromady. Musíte pravidelně sledovat všechny kardiologické žurnály, studovat vlastní problematiku a to se prostě nedá stihnout. Později jsem byl turistou-vodákem, turistou pěším, jezdiv jsem na lyžích a na kole.

PW: Ke sportu jsem inklinoval od dětství, jako hodně kluků. Závodně jsem dohlá nejprve házenou od 10 do 12 let jako žák, pak jsem začal hrát tenis, ale na rozdíl od svého bratra jsem moc velké úrovně nedosáhl. Když jsem se dostal na medicínu, založili jsme v prvním ročníku softballový oddíl a já se stal jeho předsedou, později i trenérem a kapitánem, a setrval jsem u toho asi 20 let. Po promoci jsme softball hráli už jako lékaři, přicházeli k nám mladí medicínaři a o oddílu se stal velmi živý organismus. Potom jsme jej rozšířili o baseball a v nejlepších dobách jsme měli 6 družstev - dvě na softball, dvě na baseball a dvě družstva žen. Dokonce jsme jeden rok hráli 1. ligu a také jsme v červnu 1986 sehráli přátelské utkání proti výběru baseballistů USA, kteří byli v Evropě na turné. Už jako funkcionář jsem byl v čele výpravy českých baseballistů a softballových mistrůvství světa v baseballu v Nizozemsku. Odehrál se to v roce 1986 a tehdy jsem tam absolvoval své první vystoupení v televizi v životě. Což je úsměvné, protože jsem později mokrát stál před kamerou jako lékař, ale moje první zkušenost byla jako baseballista v nizozemské televizi, kde jsem vyprávěl, jak vypadá baseball za železnou oponou.

prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC, FACC

* 29. března 1954 v Praze

Na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze promoval v roce 1979, od počátku své lékařské praxe působí ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. V roce 1983 se stal kandidátem lékařských věd, v roce 1995 doktorem lékařských věd, roku 1991 podstoupil habilitační řízení a v roce 1998 byl jmenován profesorem vnitřního lékařství. Od roku 2001 pracuje jako přednosta III. interní - kardiologické kliniky a vedoucí lékař Kardiocentra 3. lékařské fakulty UK pro vědu a výzkum 3. LF UK. V roce 2011 obdržel od Rady pro výzkum, vývoj a inovace Národní cenu Česká hlava za mimořádné výsled-



ky v oblasti intervenční léčby akutního infarktu myokardu. V databázi PubMed je registrováno přes 200 jeho prací a dalších cca 200 publikoval v tuzemských odborných časopisech. Od roku 2005 je předsedou Akreditační komise MZ ČR pro obor kardiologie. Působí v řadě mezinárodních společností, je národním koordinátorem pro ČR u několika mezinárodních výzkumných projektů. V letech 2004–2006 byl členem výboru Evropské kardiologické společnosti a v letech 2006–2008 viceprezidentem Evropské kardiologické společnosti. Ve funkčním období 2011–2015 působil jako předseda České kardiologické společnosti.

prof. MUDr. Jiří Widimský ml., CSc., FESC, FACC

* 10. května 1956 v Praze

Fakultu všeobecného lékařství UK v Praze absolvoval v roce 1981. V roce 1993 se stal kandidátem lékařských věd, v roce 1999 obhájil habilitační práci a profesorem byl jmenován v roce 2004. Od roku 1999 působí ve



Funkci vedoucího Centra pro hypertenzi III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Od roku 2010 je místopředsedou České společnosti pro hypertenzi, kterou v letech 2003–2009 vedl. Současně je místopředsedou České internistické společnosti ČLS JEP a organizátorem řady odborných sjezdů či sympozií. Působí ve funkci sekretáře pracovní skupiny Endocrine hypertension ESH, je členem redakčních rad některých domácích či zahraničních časopisů a členem grantové komise KV choroby MZ ČR.

Nyní už jen rekreačně jezdím na kole, běhám, lyžuji... a mám rád hory. Speciálně mě lákají sopky a ledovce. Nejsem ale horolezec, jsem „horochodec“. Nejvýše jsem byl v Andách, ve výšce 5300 metrů, kde to bylo trochu dramatické, neboť tam jeden kolega málem zemřel na horskou nemoc. Tahle příhoda se stala v Chile, pak jsem byl ještě později v Peru a několikrát v severní Americe (v Kanadě, ve Spojených státech amerických na Aljašce) a samozřejmě po Evropě (Alpy, Pyreneje, Tatry...). Zatím nesplněným snem jsou Himálaje.

JW ml.: Kromě házené ve velmi mladém věku jsem do 20 let hrál závodně tenis a poté ještě softball a baseball za tým TJ Medicína Praha.

Co říká nejstarší kardiolog rodné tradici, která pokračuje i v dalších generacích?

JW: V současnosti je starší syn předsedou České kardiologické

společnosti a byl také viceprezidentem Evropské kardiologické společnosti, takže mě dohonal. Mladší syn šel ve šlépějích mé lásky - hypertenze. V roce 1983 jsem založil pracovní skupinu pro hypertenzi při České kardiologické společnosti, kterou jsem vedl asi 10 let, a tato pracovní skupina se díky snaze výboru dostala na úroveň společnosti. Nyní je to Česká společnost pro hypertenzi, jejímž předsedou byl můj mladší syn Jiří. Jeho dcera pracuje na interním oddělení nemocnice v Berouně a syn loni v říjnu nastoupil na interní oddělení Krajské nemocnice Liberec. Kontinuita medicíny v naší rodině tak pokračuje již ve třetí generaci. Mám z úspěchů synů a jejich dětí radost a je velmi příjemné, že jdou v mých šlépějích. Těší mne také, že se láska k lékařskému povolání dědí i po linii mé matky Marie Widimské Breiské (profesoři Breiský a Hamerník působili již v 19. století).

Počátky univerzitní medicíny v Čechách IV: Nejvýznamnější čeští lékaři 14. století (3. část)

Ani po odchodu německých učenců z Karlovy univerzity, ani za husitských válek v Čechách neutuchl vědecký ruch. Naopak se zdá, že badatelská metoda již pokročila směrem od pouhé závislosti na středověkých autoritách k samostatnější tvůrčí vědecké práci.

Nepravdivost názoru, že by přírodovědné bádání u nás ve 2. polovině 14. a 1. polovině 15. století znamenalo naprostou nulu ve srovnání s ostatní Evropou, nebo že by dokonce právě v husitském období přestalo existovat, nejlépe dokládá dílo Křišťana z Prachatic, Jana Šindela nebo (již v předchozí části zmíněného) Albíka z Uničova. Jak uvádí Zdeňka Tichá v úvodu k „Lékařským knížkám Mistra Křišťana z Prachatic“ (edice pořízená jako první kritické vydání jediné úplné verze tištěných Křišťanových „Lékařských knížek“, která se dochovala v tisku z roku 1554; Avicemum, Praha 1975), „jeho preferování vědy před pasivní vírou, před slepou důvěrou vnučovanou církevními řády a zákony a bránící rozvoji lidského myšlení, bylo vlastně už symptomem renesanční epochy“.

Křišťan z Prachatic a jeho originální odkaz

Magister Christianus de Prachaticz (cca 1366, Prachatic – 1439, Praha), učený teolog, matematik, astronom a lékař, byl mladším kolegou Albíka z Uničova a (jak bylo uvedeno v předešlé části) stal se také poručíkem jeho druhé dcery, která se přiklonila k husitství. Mezi oběma byl velmi úzký osobní vztah,



Křišťan z Prachatic návštěvou mistra Jana z Husi. | Autor: Věnceslav Černý

kteří se pravděpodobně rozvinul poté, co se Albík vrátil do Prahy (1394) s bohatými vědomostmi z montpelliérské a salernské lékařské školy a přivezl s sebou i lékařské spisy.

Křišťan se tehdy začal věnovat studiu lékařství, k němuž přistupoval stejně důsledně jako v předchozích letech k astronomii a matematice – oborům, v nichž už v té době vynikal (měl za sebou dva astronomické spisy o astrolábu, *De compositione astrolabii* a *De utilitate (usu) astrolabii*, které si získaly ohlas i ve světě; později k nim přidal ještě matematickou práci *Algorismus prosaicus*). Podle profesora Jaroslava Vlčka („Dějiny české literatury“) „si dovedl iniciativně vyhledávat nové vědomosti a doplňovat vědomosti scházející, takže byl nakonec označován jako *insignis mathematicus, in medicina excellens*“.

Křišťan byl také první, kdo začal psát odborné vědecké práce i česky. Průkopnickým dílem tohoto druhu byly už zmíněné „Lékařské knížky“, které si postupně získaly oblibu v širokých vrstvách obyvatelstva (existuje řada variant těchto „domácích lékařských příruček“, takže dnes lze jen těžko přesně určit, co je Křišťanovo). Z latinských spisů lékařského obsahu lze uvést například *De sanguinis minutione*, *Signa aegritudinum*, *Recepta Mag. Christiani* či protimorový traktát *Remedium reportatum*.

Mimořádně v Křišťanově protimorovém traktátu se doporučovalo co nejrychleji utéct z místa nákazy, zatímco za třicetileté války se naopak prosazovala naprostá izolace lokality, v níž mor vypukl, a nikomu nebylo dovoleno odejít. V domě s nakaženými tak museli zůstat i zdraví lidé, protože opustit infekční prostředí bylo podle tehdejších předpisů zakázáno (před zapečetěnými domy dokonce stáli zvláště určité hlídači). Navzdory tomu si lidé většinou nějak poradili, a tak různými zadními východy prchaly i celé rodiny... Není pochyb o tom, že Křišťanův přístup byl mnohem pokrokovější.

Zvláštní pozornost zasluhuje také jeho latinský herbář *Erbarius reverendi Mgr Christiani* (z roku 1413 nebo 1416) uvádějící 150 rostlin (u některých použil i české názvosloví). Je to vůbec první herbář pocházející od českého lékaře. Je důležité připomenout, že je psán z hlediska lékařského, nikoli botanického (proto je nesprávné považovat Křišťana za botanika).

Badatel, loajální husita a humanista

Stejně jako u ostatních Křišťanových kolegů je třeba zmínit jeho angažovanost v univerzitním prostředí i vztah k reformačnímu hnutí, jež tehdy otřásalo celou zemí. Na pražské univerzitě působil až do konce svého života, několikrát byl zvolen děkanem filozofické fakulty a čtyřikrát rektorem univerzity. Od roku 1406 byl také farářem a kazatelem u sv. Michala na Starém Městě pražském.

Jeho vztah s Janem Husem byl více než těsný – jako krajanovi mu dopomohl k umístění na fakultě svobodných umění a po celou dobu studia jej podporoval. Se sympatiemi pak sledoval další úspěšnou dráhu svého chráněnce až po vysvěcení na kněze. V roce 1411, kdy nad ním měla být ve všech pražských kostelech vyhlášena klatba, neuposlechl nařízení pražského arcibiskupa a u sv. Michala se podávalo podobojí. Nezapomněl na něj ani v době nejtěžší a vypravil se za ním i do Kostnice (sám na to pak doplatil vězením). Pro Jana Husa to představovalo obrovskou psychickou podporu, což dokládá i jeho list adresovaný Křišťanovi na konci června 1415, který uzavírá „psáno v okovech, v čekání na upálení“ a kde charakterizuje Křišťanovu povahu.

Po Husově smrti se Křišťan stal konzervativnějším – nikoli z bezcharakternosti, ale patrně proto, že pochopil nesmyslnost postoje husitských radikálů ke „světské“ vědě. Nakonec se ke Křišťanovi přidal i Jakoubek ze Stříbra, který se následně stal jeho spolupojovníkem při rozhodnutí otáz-



Pohled do středověkého herbáře

ky závažné pro univerzitu (roku 1420), totiž že křesťan může bojovat mečem jen na obranu slova božského. Mistr Křišťan zemřel 5. září 1439, paradoxně na mor, o kterém sepsal obsáhlé pojednání. Těžko lze určit, zda jako lékař v důsledku svých povinností, nebo jako kněz, který někoho zaopatřoval.

Z „Lékařských knížek“ Mistra Křišťana

Vybíráme několik ukázek z populární Křišťanovy sbírky s podtitulem „Z mnohých knih lékařských vybrané Mistra Křišťana, i jiných, proti neúduhom a nemocem rozličným, v jistých kusích zprubované, každému potřebné i užitečné“:

Mast na hlavu prašivú. *Vezmi diviznové koření, omanové koření, balšánovou zelinu, ztluc to vše spolu. A vezmi těch jahod, jako slovou vraní voko, a roste ta jahodka na čtyřech listech. Vezmi jich dvanácte, neb což muožeš mítí, vařiž to všecko v starém sádle, mažiž jemu dvakrát neb třikrát hlavu. Však učii a prvé oman v luhu vař, mež hlavu, a potom, když uschne, mažiž tím často a budeť hlava čistá jako prvé byla. A toť jest zkušeno.*

(O nedostacích hlavy)

Unora měsíce krev pouštěj a prvé na týden před pouštěním pročištění zlych vlhkosti přijímej. *Po obměkčení druhého neb třetího dne do lázně jdi a studeného povětří se střež. Hlavy od studenosti (zvláště po lázni) chraň, pokrmy zvyklé své zázvorem, pepřem, skořicí, hřebíčky kořeníti muožeš. Husí, kačic, prasat varuj se. Do vina čistého naklad ambrožky, vlaskeho kopru semene a to ráno pí pro pročištění zraku, na noc zázvor, bobek, hořec zřež a zapíjej pivem. Hřimani mnohých lidí, a nejvíc bohatých, smrt oznamuje. Dítě narozené chudé, nečis-*

te, prašivé a zlodějské bude. Slunce pod Vodnám.

(Spis o tom, jak se chovati v různých měsících roku)

Jan Ondřejův, řečený Šindel – pro historii hlavně astronom

Iohannes Andreae dictus Schindel nebo též Dux (cca 1375, Hradec Králové – cca 1455–1457) byl především vynikajícím astronomem a matematikem, ale také osobním astrologem a lékařem králů Václava IV. a Zikmunda Lucemburského. Na Karlově univerzitě se stal kolem roku 1399 mistrem svobodných umění a pak zde také přednášel. V roce 1406 byl jmenován rektorem školy u sv. Mikuláše na Malé Straně. Poté odešel do Vídně, kde působil jako učitel matematiky a současně studoval medicínu. V roce 1410 se vrátil do Prahy, na dějiší univerzitě zaujal místo profesora astronomie a doktora medicíny a stal se také jejím rektorem (po Janu Husovi). V té době zastával i post na dvoře Václava IV. jako jeho osobní lékař.

Přestože zpočátku s husitstvím sympatizoval, ke kališnictví se nepřidal, věroučným sporům se vyhýbal a soustředil se na vědecká studia, zejména v oblasti astronomie (vyučoval mj. Ptolemaiovu Almagest – popis sluneční soustavy, který byl považován za správný po celých patnáct století) a medicíny. Jeho astronomická data vysoce oceňoval ještě Tycho Brahe a pochvalně se o něm zmiňoval i Jan Kepler. Podle historika astronomie Zdeňka Horského lze Jana Ondřejova považovat i za autora projektu a výpočtů astrolábu

Z HISTORIE

pražského staroměstského orloje (1410). Spolu se svým vrstevníkem Křišťánem z Prachatic tedy rozhodně patřili mezi astronomické špičky své doby.

Od roku 1918 byl Ondřejův kanovníkem metropolitní kapituly sv. Víta, ale v době husitských válek uprchl do exilu, nejprve pobýval v Olomouci, v letech 1423–1436 působil jako městský lékař v Norimberku, od roku 1432 i jako osobní lékař císaře Zikmunda. Na pražskou univerzitu se vrátil v roce 1437, to už však lékařská fakulta neexistovala, zanikla v důsledku revolučních událostí. Univerzita zůstala omezena pouze na fakultu artistickou, a to

až do Bílé hory. Svou profesní kariéru zakončil jako děkan vyšehradské kapituly v Praze.

Z jeho spisů se dochovaly hlavně práce astronomické, matematické a medicínské, ale i traktáty z botaniky, teologie a několik dokumentů vztahujících se k dějinám Karlovy univerzity. Je také známa jeho korespondence s italským humanistou Eneášem Silvii Piccolominim (pozdějším papežem Piem II.), která svědčí nejen o jejich dobrých vztazích, ale odráží také úctu, kterou budoucí papež choval ke svému pražskému příteli jako k člověku mimořádně všestrannému a vzdělanému.

Mistr Pavel z Kravař – smutný konec husitského diplomata

Zatímco datum narození Pavla z Kravař (též Paul Graw) není zcela jisté (cca 1391, Kravaře u Opatovic), datum jeho smrti je přesné na den (23. července 1433, Saint Andrews, Skotsko). Je tomu tak proto, že jeho mučednická smrt byla zdokumentována skotským kronikářem Walterem Bowerem ve Scotichronice v roce 1440. Mistr Pavel byl zřejmě příslušníkem šlechtického rodu pánů z Kravař, kteří zastávali vedoucí roli v tehdejších protireformních hnutích. Studoval nejprve lékařství v Montpellieru a poté filozofii v Paříži. Studia ve Francii ukončil v roce 1415 a už v následujícím roce se stal členem sboru mistrů filozofické fakulty Karlovy univerzity, kam ho patrně přivedl i její prohusitský kurz. To už ovšem bylo rok po upálení Jana Husa, Kostnickým koncilem zde byly zastaveny promoce, vypukla válka a byl zabrán rodový majetek pánů z Kravař.

To vše přinutilo Mistra Pavla k odchodu na dvůr polského krále Vladislava Jagellonského, kde se stal osobním lékařem i rádcem panovníka s titulem medika Polského království. Jak vysvětluje PhDr. Josef Gebauer, „stalo se tak pro rodovou spřízněnost Jagellovců s pány z Kravař a kvůli společnému nepříteli Zikmundu Lucemburskému. Vyslání králova synovce Zikmunda Korybuta k obsazení českého královského stolce bylo s největší pravděpodobností diplomatickým výsledkem jednání M. Pavla z Kravař...“

Ten se po návratu na Karlovu univerzitu podílel na přípravách mírových jednání s Basilejským koncilem a ve snaze podpořit tato jednání v zahraničí se vydal do Anglie, země reformátora Johna Wycliffa. Ve skotském duchovním a univerzitním centru Saint Andrews, kde právě v té době panovala ostrá protireformní atmosféra, však byl zatčen a veřejně upálen jako kacíř. Uvádí se, že ještě v Praze (roku 1420) stačil Mistr Pavel napsat spis nazvaný *Anatomia Antichristi* o zhoubném díle papežství. Na jeho autorství poukazují například i dobré lékařské znalosti v něm obsažené. Městečko St. Andrews bylo v 15. století hlavním církevním střediskem Skotska a zdejší katedrála, ve které byl odsouzen, byla pravděpodobně největší v zemi. Dnes, téměř po šesti stech letech, kdy z katedrály zůstala jen romantická troska, připomíná tragickou smrt Pavla z Kravař v tomto poklidném přímořském městečku se starodávnou univerzitou a světoznámým golfovým hřištěm jen místo označené křížem v dlažbě tržiště.

Skomírající fakulta

Jak uvádějí „Dějiny lékařství v Českých zemích“ (autorů doc. Petra Svobodného a doc. Ludmily Hlaváčkové), mezi nejproslulejší lékaře působící na pražské fakultě do poloviny 15. století patřil ještě Sulek z Hoštky (roku 1410 se stal rektorem). Ve druhé polovině 15. století byli se skomírající fakultou spojeni Václav z Prachatic (zemřel před rokem 1469), Jan Krčín (zemřel 1470) a především Pa-



Žena trpící leprou se zvonečkem, kterým museli pacienti upozorňovat na svou nemoc.

vel Židek zvaný Pražský (cca 1413 – po 1471), proslulý svým encyklopedickým dílem a životopisnou určenou Jiřímu z Poděbrad. Lékařská fakulta Karlovy univerzity tedy vyučovala mediky a udílela akademické grády bakalářů a magistrů jen do roku 1419. Plně pak na ní byla výuka obnovena až v roce 1623 (rok po převzetí Karlovy univerzity jezuitským řádem) a první promoce doktora medicíny se konala v zimě roku 1624. Pro spor mezi jezuiti a pražským arcibiskupem papežská stolice v roce 1627 zakázala v Praze všechny promoce a tento zákaz odvolala až v roce 1638, kdy byly lékařská a právnická fakulta Univerzity Karlovy vyňaty z pravomoci jezuitského řádu. Spor však byl ukončen teprve v roce 1654, kdy byla Univerzita Karlova sloučena s jezuitským učením v Klementinu v jednu univerzitu, nazývanou pak Univerzita Karlo-Ferdinandova.

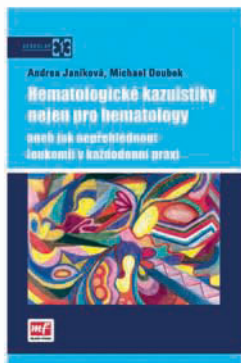
Jaroslava Sladká

Schema huius primum diuifionis Sphaerarum.



Ptolemaiova představa vesmíru, jehož středem je Země.

Inzerce M141000353



Představujeme publikaci Hematologické kazuistiky nejen pro hematology

aneb jak nepřehlédnout leukemii v každodenní praxi

Publikace vychází ze zkušeností a každodenních kontaktů autorů s jejich pacienty. Cílem je zdůraznit příznaky krevních nemocí a ukázat jak se od nich lze dostat ke stanovení diagnózy i co všechno tento proces znesnadňuje. Dosud

Autoři: Andrea Janíková, Michael Doubek

se totiž nezřídka stává, že pacienti s krevními nemocemi jsou i při typickém klinickém obrazu nesprávně léčeni řadu měsíců. Mnohých z nich lze přitom při včasnému zachytu velmi dobře léčebně ovlivnit, některé dokonce vyléčit zcela.

Doporučená cena 250 Kč

MEDICAL SERVICES

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

Největší vydavatelství
zdravotnických titulů v ČR



Výročí Urologické kliniky FNOL a LF UP

Urologická klinika je v Olomouci už půl století, stále častěji se věnuje pacientům s nádorovými onemocněními.

Skromné začátky

Klinika patří mezi významná česká centra, ve kterých je poskytována špičková chirurgická péče dospělým i dětským pacientům zejména s onemocněním ledvin, prostaty, močového měchýře a dalších částí urogenitálního traktu.

„Před padesáti lety jsme začínali ve velmi skromných podmínkách pouze se šesti lékaři, jedním de-

setilůžkovým pokojem pro ženy a jedním mužským oddělením, kde převážnou část tvořil velký pokoj s dvaadvaceti postelemi. Pacienti neměli žádné soukromí, na společné pokoje byli ukládáni i nemocní bezprostředně po operaci; byly to velmi složité začátky,“ popisuje doc. MUDr. Jan Bába, CSc., jeden z lékařů, kteří stáli u zrodu olomoucké urologické kliniky.

Podíl na transplantačním programu

Obor se však rychle rozvíjel a na konci 80. let minulého století dosáhl lůžkový fond kliniky svého maxima. Pracoviště tehdy mělo 95 lůžek včetně pooperační jednotky se šesti lůžky, dva operační sály pro klasické a endoskopické výkony a dvě desítky lékařů.

Po roce 1989 se postupně začaly uplatňovat trendy, které umožnily přesun velké části péče do ambulantních složek. Doba pobytu pacienta na lůžku se z původních 17 dnů zkrátila až na dnešních 4,3 dne, počet lůžek se tedy mohl snížit na současných 31. Klinika sídlí v chirurgickém komplexu dobudovaném v roce 2005, kde mají největší podíl k dispozici dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením.



Foto: archiv FNOL

Klinika má velmi dobré diagnostické i léčebné vybavení srovnatelné s předními světovými centry. Je součástí olomouckého transplantačního centra, podílí se na transplantačním programu ledvin.

Od roku 2009 jako jedno z mála pracovišť v České republice disponuje robotickým systémem využívaným především k radikálnímu odstranění prostaty pro zhoubný nádor.

Pamětní medaile

Olomoučtí urologové si padesáté výročí existence Urologické kliniky LF UP a FN Olomouc připomněli 6. února na slavnostní konferenci v Arcibiskupském paláci. Při této příležitosti docent Jan Bába, jeden z prvních lékařů kliniky, převzal z rukou děkana LF UP prof. MUDr. Milana Koláře, Ph.D., pamětní medaili olomoucké univerzity za významný podíl na rozvoji lékařské fakulty. (red)

V ÚVN otevřeli novou arytmiologickou jednotku

10. února byla v Ústřední vojenské nemocnici slavnostně otevřena arytmiologická jednotka Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN v Praze.

Společnost Siemens pro tento úsek dodala kardiografické zařízení Artis Zee Floor, které je určeno pro elektrofyziologické zákroky. Moderní jednorovinný angiografický přístroj je speciálně určený pro intervenční kardiologii. Umožňuje zobrazení srdce ve 3D, disponuje též technologií pro CT zobrazení srdce.

Protagonisty slavnostního aktu by-

li vedoucí lékař Kardiologického centra ÚVN doc. MUDr. Martin Malý, Ph.D., ředitel ÚVN plk. prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D., ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D., přednosta Kliniky kardiologie IKEM prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC, a přednosta Kardiocentra IKEM prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc. (red)

Nová magnetická rezonance na Homolce

12. února byl v Kongresovém sále Nemocnice Na Homolce slavnostně zahájen provoz nové magnetické rezonance.

Jedná se o přístroj Siemens Skyra se silou magnetického pole 3 Tesla. Umožňuje především mnohem kvalitnější a přesnější obraz mozku, ať už jde o jeho strukturu nebo funkce. MRI 3T bude sloužit pacientům z celé ČR, pokud jim k vyšetření dají jejich lékaři doporučení.

Slavnostního zahájení se zúčastnili ředitel NNH MUDr. Michal Šetlík, primář radiodiagnostického oddělení a náměstek pro zdravotní péči MZ ČR prof. MUDr. Josef Vymazal, D.Sc., a výkonný ředitel sekce MRI Siemens Healthcare dr. Bernd Ohnesorge. (red)



MUDr. Michal Šetlík, prof. Josef Vymazal, dr. Bernd Ohnesorge.

Foto: archiv NNH

Fanoušci Kryštof nemocným dětem

Skupina Kryštof přivezla nemocným dětem půl milionu korun a zahrála přímo na Dětské klinice LF UP a FN Olomouc.

Jedna z nejpobulárnějších českých hudebních skupin předala 15. února olomoucké dětské klinice šek na půl milionu korun. Šlo o část výtěžku z podzimní charitativní akce na pomoc dětem s onkologickými onemocněními, kterou Kryštof uspořádali ve spolupráci s Nadací Agrofert a jež vynesla celkem 3 miliony korun. „Je to pomoc, kterou přivážíme

od našich fanoušků. V průběhu února a března chceme tyto peníze rozdělit mezi šest nemocnic. Předali jsme je už v nemocnici u nás v Ostravě, teď v Olomouci a čeká nás ještě Praha, Plzeň, České Budějovice a Hradec Králové,“ uvedl frontman kapely Richard Krajčo. Dětem na hematologickém oddělení olomoucké nemocnice



Richard Krajčo se symbolickým šekem na 500 000 Kč. | Foto: archiv FNOL

skupina zahrála skoro hodinový komorní *unplugged* koncert. Finanční dar klinika využije k nákupu vybavení pro léčbu těžce nemocných dětských pacientů. (red)

Pozvánka na výstavu „Pharmatopia“

„Lék nám není nabízen proto, abychom se léčili, ale abychom uvěřili slibu budoucí a námi vysněné reality,“ říká autor pozoruhodné výstavy v pražském centru DOX.

V názvu instalace Marka Schováňka „Pharmatopia“ zaznívá spojení farmaceutického průmyslu s utopií, které podle autora odkazuje k touhám přesahujícím lidské potřeby a zhmotňuje sen, který moderní farmaceutický průmysl nabízí. Výstava je součástí evropského projektu Museo Mundial a v Centru současného umění DOX bude otevřena do 7. dubna. Součástí instalace jsou ručně vy-



Foto: archiv DOX

tvořené skulptury výrazných barev a nadměrných velikostí, na nichž lze při bližším pohledu přečíst

brand name dané pilulky. Tyto názvy jsou podle tvůrce hrou s lidskými přáními a sny uvedenými v „katalogu neuskutečnitelných realit“. „Kupte si metafyziku, získáte důvěru, užijte si pomstu, dejte si pilulku na bolest... Instalace ‚záračných‘ pilulek se tak stává realitou snu, který moderní farmaceutický průmysl nabízí, a je zároveň kritikou našich nepřiměřených potřeb.“ (red)

Hledá se „Dobrá duše“

Projekt „Dobrá duše“ vznikl jako hold dobrovolníkům a institucím pracujícím se seniory. Nyní tato soutěž vstupuje do druhého ročníku.

Do projektu se může zapojit každý aktivní dobrovolník starší 60 let nebo instituce, která s dobrovolníky systematicky pracuje. Stačí jen napsat svůj příběh a vyplnit přihlášku. Z příběhů dobrovolníků, kteří se do soutěže přihlásí, odborná porota vybere vítěze v kategorii jednotlivců i institucí. Kromě ocenění „Dob-

rá duše“ vítězové v kategorii jednotlivců získají také peněžitou odměnu ve výši 5000 Kč a lákavé věcné ceny. Vítězné instituce získají ocenění „Dobrá duše“, peněžitou odměnu ve výši 10 000 Kč a navíc možnost medializace vlastní práce a svých výsledků. Partnery druhého ročníku projektu jsou, stejně jako v loňském

roce, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Gerontologické centrum a společnost Hartmann-Rico, a. s. Jako patroni projektu se veřejnosti opět představí herci a moderátoři Vladimír Hron a Aleš Cibulka. Více informací:

www.dobra-duse.cz (red)

Pozvánka na konferenci Regenerativní medicína 2014

Národní centrum tkání a buněk, a. s., ve spolupráci se společností 4MEDi – Centrum buněčné terapie a diagnostiky, a. s., pořádá 9.–10. 4. v Brně mezinárodní konferenci Regenerativní medicína 2014. Místem konání bude hotel Holiday Inn.

Cílem konference je propojení vědecké, akademické a komerční sféry v oblasti regenerativní medicíny, buněčné terapie a tkáňového inženýrství. Přednášet budou významné osobnosti, experti zásad-

ně ovlivňující výzkumné i léčebné výsledky oboru, který využívá v léčbě lidské buňky a tkáně. Konference je určena pro zástupce zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, státní správy, komerč-

ního sektoru v oblasti biotechnologií a nastupující generaci lékařů a biologů. Cílí také na studenty lékařských i nelékařských oborů.

Více informací: www.natic.cz, e-mail: andrea.gutova@natic.cz (red)

Začala kampaň „Podporuji léčbu hemofilie“

Kampaň vznikla na podporu patientských organizací Hemojunior a Český svaz hemofiliků. Pomoci lze koupí výrobků a účastí v happeningovém průvodu.

Na internetových stránkách www.podporujihemofiliky.cz jsou k prodeji výrobky v symbolické červené barvě s logem „Podporuji léčbu hemofilie“, jejichž zakoupením přispějete na zlepšení kvality života hemofiliků a usnadníte jim boj s tímto závažným onemocněním. Veškerý výtěžek jde patientským organizacím. Projekt



Foto: archiv dr. Doležalové

na podporu hemofiliků vyvrcholí během Světového dne hemofilie (17. 4.) charitativním happeningem v Praze, na který může přijít veřejnost vyjádřit svou podporu hemofilikům osobně. Ambasadorkou kampaně se stala bývalá Miss ČR PharmDr. Jana Doležalová (foto).

Více informací: www.hemofilie.cz FB/podporujihemofiliky (red)

Přijďte na ples harlekýnů a tajemných dam

Ve stylu benátské noci se odehraje reprezentační ples brněnských fakultních nemocnic v brněnském Hotelu International. Zahájen bude 1. března ve 20 hodin. K poslechu

a tanci zahraje Rozhlasový big band Gustava Broma, cimbálová muzika Dukát a Meteor „z Prahy“, což je hudební skupina z Brna. Večerem bude provázet Aleš Zbořil. (red)

Inzerce M131000873

Rozhodněte to právě Vy!

roku
Sestra 13

20. BŘEZNA 2014
PRAHA, PALÁC ŽOFÍN



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

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

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

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

Generální partner



Hlavní partneré



ZAHRAŇNÍ ZAMĚSTNATEL SESTER



Záštita



Garant



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



Kalendář akcí odborných lékařských společností – březen 2014

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

Seminář Kliniky pracovního lékařství

Situace u profesních onemocnění v roce 2013, aktuální témata pracovního lékařství v Evropě a ve světě, MAGAM II – analýza údajů z toxikologických center: poškození očí detergenty
28. 3. 2014/Praha
Místo konání: posluchárna kliniky pracovního lékařství, Na Bojišti 1
Pořadatel: Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: MUDr. Zdenka Fenclová, CSc.; e-mail: zdenka.fenclova@lf1.cuni.cz; www.pracovni-lekarstvi.cz

13. česko-slovenské IBD sympozium

Pokroky v diagnostice a léčbě
28. 3. 2014/Praha
Místo konání: Clarion Congress Hotel Prague
Pořadatel: pracovní skupina IBD České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, pracovní skupina IČZ Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti SLS
Kontakt: www.cs-ibd-sympozium.eu

21. luhačovické dny

Novinky v terapii astmatu a CHOPN, imunoterapie a imunomodulace, onemocnění nosu – rhinologika, alergolog, pneumolog a kouření, bolesti na hrudi z pohledu pneumologa, rehabilitace pacientů s plicními nemocemi a lázeňská léčba
28.-29. 3. 2014/Luhačovice
Místo konání: kongresový sál Společenského domu
Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká pneumologická a ftyzeologická společnost ČLS JEP, Lázně Luhačovice, a. s.
Kontakt: MUDr. Eva Šabová; e-mail: sabova@lazneluhaovice.cz; www.pneumologie.cz

Nádory hlavy a krku 2014

Mezioborová konference: léčba nádorů orofaryngu, HPV etiologie a volba léčebné modality, HPV vakcíny – význam u nádorů hlavy a krku, p16 vs. různé způsoby detekce HPV, možnosti a limitace histologického vyšetření, paliativní přístupy u nádorů

rů hlavy a krku, larynx záchranné protokoly...

28.-29. 3. 2014/Hradec Králové
Místo konání: Nové Adalbertinum
Pořadatel: LF UK Hradec Králové, onkologická sekce České společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: www.otolaryngologie.cz

Sclerotherapy 2014

28.-29. 3. 2014/Florence, Itálie
Pořadatel: Associazione Flebologica Italiana
Kontakt: <http://congressi.valet.it>

15. Vejdovského olomoucký vědecký den

29. 3. 2014/Olomouc
Místo konání: Právnická fakulta UP Olomouc
Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP
Kontakt: prof. MUDr. Jiří Řehák, CSc., FEBO; e-mail: jiri.rehak@fnol.cz; www.oftalmologie.com

Konference SPLDD

29. 3. 2014/Zvíkov
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Kontakt: www.detskylekar.cz

Vzdělávací seminář SPLDD a OSPDL

29. 3. 2014/Brno, Pardubice
Místa konání: hotel Avanti (Brno), hotel Labe (Pardubice)
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

13. konference dětské pneumologie

Kašel jako multidisciplinární problém, ventilační podpora u dětí v praxi, kazuistiky a varia
29. 3. 2014/Praha
Místo konání: hotel DAP
Pořadatel: Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP
Kontakt: www.amca.cz/pneu2014/index.php/informace

ACC 2014

Annual scientific sessions of the American College of Cardiology
29.-31. 3. 2014/Washington, USA



Ilustrační foto: Shutterstock

Pořadatel: American College of Cardiology (ACC)
Kontakt: <http://accscientificsession.cardiosource.org/ACC.aspx>

40th annual meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation

30. 3. – 2. 4. 2014/Milán, Itálie
Pořadatel: European Society for Blood and Marrow Transplantation
Kontakt: www.ebmt2014.org

Kurz porodnické analgie a anestezie

31. 3. 2014/Praha

Pořadatel: sekce porodnické analgie a anestezie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.; e-mail: parizek@porodnice.cz; www.cgps.cz

Přednáškový večer oční kliniky
Současné přístupy k operaci katarakty, glaukom v ordinaci praktického lékaře, věkem podmíněná makulární degenerace aktuálně, chyby při sledování pacientů s diabetickou retinopatií, maligní maskující

cí syndromy, šeroslepost při malnutrici

31. 3. 2014/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Praze, Oční klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.cls.cz

Funkční geriatrické vyšetření

Specializační stáž: metody komplexního hodnocení zdravotního stavu a zdravotního postižení, klasifikace postižení a nejčastější rizikové faktory disability, ztráta soběstačnosti a její kompenzace, rehabilitační potenciál
31. 3. – 1. 4. 2014/Praha
Místo konání: Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Londýnská 15
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Mgr. Eva Chárová; e-mail: charova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

9th world meeting on pharmaceuticals, biopharmaceuticals and pharmaceutical technology

31. 3. – 3. 4. 2014/Lisabon, Portugalsko
Kontakt: <http://worldmeeting.org> (sta)

NEUROPSYCHIATRICKÉ FÓRUM

IV. KONFERENCE 23.– 25. dubna 2014

Karolinum
Celetná 20, Praha 1

FUNKČNÍ PORUCHY POHYBU BŮHABN

SEXUÁLNÍ PORUCHY

HLUBOKÁ MOZKOVÁ STIMULACE

AGRESIVITA BEZBŘIHLÍ

KOGNITIVNÍ KOGNITIVNÍ PORUCHY BŮHABN

ADIKTOLOGIE

ADIKTOLOGIE

PORUCHY PŘIJMU POTRAVY

NÁBOŽENSTVÍ NÁBOŽENSTVÍ A NEUROVEDA



NPF – nemocí mozku pod jednou střechou
www.npfforum.cz

Záštita:



Kateřina Kubáčková a kol. Vzácná onemocnění v kostce



Rozsah:
304 stran
Cena: 420 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3149-3
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

První česká monografie na toto téma podává ucelený přehled o nejčastějších a nejzávažnějších vzácných onemocněních (VO) a nahrazuje dosud chybějící metodické pokyny pro jejich včasnou diagnostiku a léčbu. Především praktickým lékařům a pediatrům by měla napomoci v orientaci v této vysoce heterogenní skupině chorob, se kterými ve své praxi přicházejí do styku jen sporadicky, a přispět tak k rozšíření povědomosti o nich.

Úvodní část publikace se věnuje současnému postavení VO v rámci evropské i české legislativy, v dalších kapitolách je stručně popsán jejich genetický podklad, následuje přehled vrozených vad podléhajících novorozeneckému screeningu. Stěžejní část publikace poskytuje přehled nejčastějších VO včetně jejich základních klinických příznaků, laboratorních i dalších nálezů a terapeutických možností. V závěru knihy je věnován prostor roli patientských organizací a činnosti ČAVO. Nechybějí ani odkazy a kontakty na specializovanou odbornou pracoviště, jež se zabývají diagnostikou a léčbou příslušných VO.

I přes značně limitované možnosti pediatrů a praktických lékařů – vzhledem k systému regulací úhrad zdravotních služeb ze zdravotního pojištění a sankcionování za výkony prováděné nad rámec celorepublikového průměru – je jejich úloha v časně diagnostice těchto chorob nezastupitelná.

Ondřej Viklický a kol. Predialýza



Rozsah:
298 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-356-5
Vydavatel:
Maxdorf,
edice Jessenius

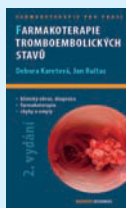
Chronická progresivní onemocnění ledvin představují významný

medicínský i ekonomický problém. Zvládnutí komplikací progresivních nefropatií, edukace a příprava nemocných na vybranou metodu nahrazení funkce ledvin jsou nezbytnou podmínkou dlouhodobého úspěchu.

„Predialýza“ je monografií detailně se zabývajících obdobím před zahájením dialyzační léčby nebo před transplantací ledviny. Čtenáři v ní naleznou mimo jiné recentní informace o renoprotektivní terapii, dietní intervenci, volbě metody nahrazení funkce ledvin, přípravě před transplantací, cévních přístupech pro hemodialýzu nebo o přípravě k peritoneální dialýze.

Debora Karetová, Jan Bultas Farmakoterapie tromboembolických stavů

2., rozšířené
a aktualizované vydání



Rozsah:
256 stran
Cena: 195 Kč
ISBN:
978-80-7345-362-6
Vydavatel:
Maxdorf,
edice Farmako-
terapie pro praxi

Tromboembolické stavy patří svou prevalencí i následky k nejzávažnějším tématům současné medicíny i celého zdravotnického systému. Plícní embolizace u nás ročně postihne přes 6 tisíc osob, přičemž mortalita dosahuje 7–11%. V současnosti přibývá nemocných, kteří jsou buď krátkodobě (např. preventivně předoperačně) léčeni antitrombotiky, nebo na antitrombotické léčbě zůstávají dlouhodobě (při prevenci tromboembolických komplikací u fibrilace síní, po nahradách chlopní, v rámci léčby žilního tromboembolismu).

Druhé vydání přináší nejnovější poznatky v medikamentózní léčbě tromboembolických stavů, včetně podrobného seznámení s novými látkami na farmaceutickém trhu.

Jaroslav Horáček, Jitka Kobilková Gynekologická cytodiagnostika

Atlas cytohistologických korelací

Rozsah: 136 stran
Cena: 695 Kč

NOVÉ KNIHY

ISBN: 978-80-7345-327-5
Vydavatel: Maxdorf, edice Jessenius



Karcinom děložního čípku je celosvětově třetí nejčastější malignitou u žen, výskyt tohoto karcinomu v ČR je však díky systému screeningových vyšetření hluboko pod celosvětovým průměrem. Cytologie i histologie však patří k nejobtížnějším disciplínám současné medicíny. Na rozdíl od biochemických metod, kdy je výsledek získán z přístroje ve formě čísla, cytologické a histologické vyšetření stojí zcela a výlučně na vizuálním hodnocení mikroskopického vzorku, které provádí patolog, na jehož zkušenosti závisí osud nemocného.

Atlasová publikace dává lékařům-patologům do rukou pomůcku pro správné hodnocení, a to korelací obou klasických metod. Vyčází z dlouhodobých zkušeností školicího centra pro gynekologicko-cytologii LF OU v Ostravě, které spolupracuje s Gynekologicko-porodnickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze a Centrem onkologické prevence v Havířově.

Atlas je koncipován jako velkoformátová plnobarevná publikace, tak aby v cytologických i histologických nálezech vynikly všechny detaily a barevné odstíny, které jsou podstatné pro správné stanovení diagnózy, zejména v případě gynekologických malignit.

Jaromír Astl Chirurgická léčba nemoci štítné žlázy

2., rozšířené vydání



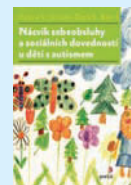
Rozsah:
254 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-376-3
Vydavatel:
Maxdorf,
edice Jessenius

Onemocnění štítné žlázy jsou nejčastější skupinou endokrinopatií a jejich výskyt v populaci narůstá tak, že v posledních 20 letech téměř dosahuje prevalence diabetu. Odhaduje se, že choroby štítné žlázy vyžadující léčbu postihují nejméně 5% populace České republiky, přičemž u žen středního a vyššího věku je to již 10–15%. Počet nemocných vyžadujících operaci štítné

žlázy je dnes několikanásobně vyšší, než tomu bylo před pouhými dvěma dekadami.

Druhé vydání publikace obsahuje nejaktuálnější informace o problematice na úrovni roku 2013.

Debra S. Jacobsová, Dion E. Betts Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem



Rozsah:
160 stran
Cena: 259 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0498-5
Vydavatel:
Portál

Knihy nabízí jednoduché nápady, aktivity a cvičení zaměřené na každodenní výzvy, jimž čelí děti s poruchami autistického spektra (PAS) a jejich rodiče, učitelé a vychovatelé. Pomáhá osvojit si užitečnou rutinu, která pomůže ve zvládnutí běžných situací. V knize čtenář najde i náměty na rozvíjení sociálních dovedností dětí s PAS. Autoři se zaměřují na děti od batolecího po školní věk.

Štěpán Svačina, Petr Sucharda (eds.) Josef Charvát

Jak jsme ho poznávali



Rozsah:
224 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-743-9
Vydavatel:
Triton

31. ledna 2014 uplynulo třicet let od úmrtí profesora Josefa Charváta. Po takové době jsou společností i medicína již hodně odlišné. Obojí se měnilo, a často dramaticky, i během dlouhého života profesora Charváta, který se dožil 87 let. Zažil – a přežil – dramatické chvíle na počátku 2. světové války i na jejím konci, v roce 1968 byl navrhován do funkce prezidenta republiky, ale odmítl kandidovat. O rok později byl zvolen rektorem Karlovy univerzity, jenže do funkce již nebyl jmenován. Do dějin medicíny se zapsal především jako velký internista, jeden z nejvýznamnějších českých lékařů 20. století.

Na jeho odkazu dodnes zůstávají cenné především tři aspekty: 1. Mo-

derní dynamický přístup ke klinické medicíně, který přetrvává nejen na „jeho“ 3. interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze, ale i na pracovištích, jež vybudovali jeho žáci doma i ve světě. 2. Filozofické názory na společnost a její vývoj, které shrnul zejména v knihách „Život, adaptace a stress“ a „Člověk a jeho svět“. 3. Postřehy a hodnocení událostí v české společnosti, jež zachytil ve svých denících. Charvátovy významy jsou historiky stále citovány jako důležitý zdroj poznání předválečného a válečného období a zejména doby po válce až do počátku 80. let.

Aktuální sborník přináší vzpomínky řady pamětníků a spolupracovníků a také některé dosud knižně nepublikované Charvátovy texty. Stává se tak nejen milou připomínkou, ale i dalším střípkem v mozaice poznání této mnohovrstevnaté osobnosti a doby i prostředí, ve kterých žila a působila.

Bohuslav a Markéta Konopáskovi Toč se, Dorka, dokola Pohádky pro Dorinku



Rozsah:
54 stran
Cena: 180 Kč
ISBN: 978-80-
-86057-91-0
Vydavatel:
Zdeněk Suka

Bohuslav Konopásek je dědeček a Markéta je maminka tříleté Dorinky. Dorinka je holčička s postižením, s jehož zařazením si lékaři moc nevědí rady – měla by už lépe mluvit, lépe se pohybovat... Musí proto cvičit a má každý den řadu úkolů. Ne vždycky ji to baví, a tak od úkolů utíká ke své nejoblíbenější hračce. Je to točítka, které jí rodiče koupili. Když se do něj posadí a roztočí se, začne se tvářit blaženě, zřejmě je jí dobře. Dospělá se domnívá, že točítka je kouzelná a odnáší Dorinku do pohádkového světa. Tam Dorinka zažívá různá dobrodružství. Když ji to přestane těšit, začne se točit na druhou stranu a za chvíli je doma u maminky.

Co Dorinka v pohádkovém světě prožívá, ví jen ona sama. Dědeček i maminka se to však snažili pochopit (mají totiž Dorinku moc rádi) a vytvořili o tom knížku pohádek. Dědeček, jinak lékař Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a člen redakční rady Lékařských listů ZaM, ji napsal a maminka nakreslila obrázky.

PRÁVNÍ PORADNA

Podání léku **pedagogickým pracovníkem**

Mohou pedagogičtí pracovníci v mateřské škole podat dítěti lék na snížení horečky, když si rodiče nemohou nemocné dítě hned vyzvednout? Co dělat v běžných situacích, kdy si dítě zadře třísku nebo mu spadne řasa do oka? Mohou vychovatelky třísky nebo řasu vytáhnout samy, nebo je lepší zavolat rodiče a neriskovat odpovědnost za případné následné komplikace a obvinění z poškození zdraví dítěte? Pokud školku navštěvuje diabetické nebo epileptické dítě, jak řešit situace, kdy by nepodání inzulínu nebo léku na záchvat mohlo ohrozit dítě na životě a pro pracovnice školky znamenat obvinění z neposkytnutí první pomoci?



odpovídá
Mgr. Libor Štajer

dieta, léky), zahrnující i povinnost předložit příslušné odborné vyjádření lékaře. Dosud však neexistuje prováděcí předpis, který by tyto povinnosti jasně definoval a určil. Je tak stále čistě v pravomoci přísluš-

né školky rozhodnout, v jakém rozsahu jsou zaměstnanci školky povinni nemocnému dítěti poskytovat zvláštní péči, jež může spočívat např. v podávání určitých léků nebo v jiné potřebné pomoci (musí však jít o činnost, ke kterým není třeba odborné kvalifikace a nejsou k nim způsobilé jen osoby se speciálním odborným vzděláním).

Metodický pokyn MŠMT

V případě tzv. státních školek je stále jediným vodítkem metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, č. j. 37 014/2005-25, ve kterém je přímo uvedeno, že školy a školská zařízení zajistí, aby byly vytvořeny podmínky pro včasné poskytnutí první pomoci a lékařského ošetření při úrazech a náhlých onemocněních, a zároveň také uvádí, že podle závažnosti úrazu a s ohledem na věk zraněného žáka, případně další okolnosti ško-

la zajistí jeho doprovod do zdravotnického zařízení a zpět nebo domů, popřípadě do školského zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo školského zařízení pro preventivně výchovnou péči. Z této díkce je zřejmé, že nečinnost pedagogických pracovníků není v případě úrazů a náhlých onemocnění žádoucí.

Pasivita – nejhorší řešení

Dodávám, že je však stále vždy nezbytný souhlas zákonných zástupců dítěte, neboť podání léčiv či jiné úkony je třeba považovat za zásahy do tělesné integrity dítěte, které mohou být provedeny jen se souhlasem zákonných zástupců. Při podání léku na sražení horečky (u něhož není třeba odborného postupu a nejedná se přitom o akutní první pomoc) doporučuji o tomto kroku informovat (např. telefonicky) zákonného zástupce a vyžádat si jeho souhlas, popřípadě předem sestavit určité obecné prohlášení zákonných zástupců reflektující tyto případy, které by zákonní zástupci předem podepsali.

V případě úrazu nebo náhlého zhoršení zdravotního stavu je pak poskytnutí první pomoci obecnou povinností každého z nás. Pokud dítě trpí např. cukrovkou či epilepsií, zákonní zá-

stupci by rozhodně měli se školským zařízením předem dojednat příslušné podmínky, aby zaměstnanci zařízení mohli být řádně proškoleni a byli tak schopni včas reagovat na případné zhoršení zdravotního stavu dítěte. Závěrem chci jen doplnit, že při

případném neposkytnutí první pomoci hrozí jak trestněprávní, tak občanskoprávní odpovědnost, takže zejména v případech, kdy je závažněji ohroženo zdraví, případně dokonce i život dítěte, je pasivita pracovníků nejhorším možným řešením.



ilustrační foto: Shutterstock

Ve výše uvedeném případě je nutné se zaměřit na § 29 odst. 2 školského zákona, který stanovuje školám a školským zařízením povinnost zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví dětí, žáků a studentů při vzdělávání. Na tuto povinnost přímo navazuje povinnost zákonných zástupců informovat školu o změně zdravotní způsobilosti a zdravotních obtížích dítěte (např. alergie,

Informace o pohotovostních službách

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ukládá od 1. 4. 2012 krajům odpovědnost za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Vplývá krajům ze zákona nejen povinnost pohotovostní službu zajistit, ale také o ní určitým způsobem informovat? Je předepsána forma poskytování těchto informací? Musí subjekt odpovídající za zajištění pohotovostních služeb zohlednit dopravní dostupnost příslušného zdravotnického zařízení poskytujícího pohotovostní služby?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Ustanovení § 110 zákona o zdravotních službách výslovně říká, že kraj odpovídá mimo jiné za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby. Lékařskou pohotovostní službou se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění.

Zákon nikde dále výslovně nezmiňuje povinnost kraje zajistit přiměřeným způsobem informovanost veřejnosti o způsobu organizace a zajištění lékařské pohotovostní služby.

Obvyklá praxe

Ze slovního spojení „odpovídá

za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby“ jakož i ze samotné logiky věci však vyplývá, že „organizace a zajištění“ v sobě bude současně zahrnovat i zajištění informovanosti veřejnosti o způsobu organizace a zajištění lékařské pohotovostní služby.

Byť zákon nestanovuje způsob poskytnutí informací o organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, je obvyklou praxí, že kraje na svých webových stránkách a ve zdravotnických zařízeních informují o tom, které konkrétní zdravotnické zařízení a v jakém čase lékařskou pohotovostní službu poskytuje. Při organizaci a zajištění této služby by kraje samozřejmě měly zohlednit také dopravní dostupnost příslušného zdravotnického zařízení.

Kvalifikace zdravotní laborantky

Mohu po absolvování nějakého kurzu apod. (jakého?) pracovat na pozici zdravotní laborantky, když mám vystudovanou mikrobiologii na přírodovědecké fakultě?

odpovídá
PhDr. Michaela
Hofštetřová Knotková
náměstkyně úseku regulace
nelékařských povolání
NCO NZO Brno

studijního oboru přírodovědného zaměření nebo nejméně tříletého studia v oborech přírodovědného zaměření

na vyšších odborných školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu laboratorní metody, d) akreditovaného bakalářského studijního oboru přírodovědného, elektrotechnického nebo matematicko-fyzikálního zaměření a akreditovaného kvalifikačního kurzu laboratorní metody v ochraně a podpoře veřejného zdraví nebo nejméně tříletého studia v oborech přírodovědného nebo elektrotechnického zaměření na vyšších odborných školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu laboratorní metody v ochraně a podpoře veřejného zdraví, e) střední zdravotnické školy v oboru zdravotní laborant, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005.

Povolání zdravotního laboranta můžete vykonávat po získání odborné způsobilosti. Bez odborného dohledu můžete toto povolání vykonávat až po vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registrace).

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotního laboranta se získává absolvováním:

- akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotních laborantů,
- nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotní laborant na vyšších zdravotnických školách,
- akreditovaného bakalářského

Zajímavé www stránky

– autoimunitní encefalitidy

S rozvojem moderních laboratorních metod je u řady pacientů s dosud nejasnými klinickými neurologickými příznaky diagnostikován autoimunitní typ zánětu mozku – autoimunitní encefalitida. Potřebné laboratorní techniky jsou k dispozici i v České republice. Co nalezneme o tomto onemocnění na českých a zahraničních webech?

The Encephalitis Society

www.encephalitis.info

Možná jste nevěděli, že 22. února 2014 je ve světě připomínán jako World Encephalitis Day. Informace ke „Světovému dni encefalitidy“ nalezneme i na webových stránkách *The Encephalitis Society*, odborné společnosti sídlící ve Velké Británii. Ta si klade za cíl poskytovat podporu jak pacientům trpícím následky zánětu mozku, tak lékařům a dalším profesionálům ve zdravotnictví, kteří o tyto pacienty pečují. V kapitole „Infor-

mation“ si v sekci „Types of autoimmune encephalitis“ můžeme přečíst o jednotlivých druzích autoimunitních mozkových zánětů, nepochybně přehled jejich základních klinických projevů a diferenciální diagnostika. V další z kapitol pak autoři pojednávají například o limbických encefalitidách.

Journal of Child Neurology: Autoimmune encephalitis in children

<http://jcn.sagepub.com/content/27/11/1460.full>

Podrobný přehled o problematice autoimunitních encefalitid v dětském věku získáme po přečtení odborného článku, který byl publikován v roce 2012 v prestižním časopisu *Journal of Child Neurology*. Plné znění textu je zdarma k dispozici na výše uvedeném odkazu. Mezinárodní tým autorů podává čtenářům přehledný popis jednotlivých typů autoimunitních encefalitid, napří-



klad limbické encefalitidy, Hashimotovy encefalopatie nebo jiných encefalitid asociovaných s epileptickými záchvaty či epileptickým státem.

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol: Autoimunitní limbické encefalitidy

www.fnmotol.cz

Na webovém portálu Fakultní nemocnice v Motole se proklikáme přes odkaz „Klinika a oddělení“



na „Neurologickou kliniku“ a zde na likvorovou laboratoř Ústavu imunologie 2. LF UK a Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Nalezneme tu informace o možnostech laboratorní diagnostiky autoimunitních limbických encefalitid. Jak zástupci pracoviště upřesňují, diagnostika autoimunitních limbických encefalitid se

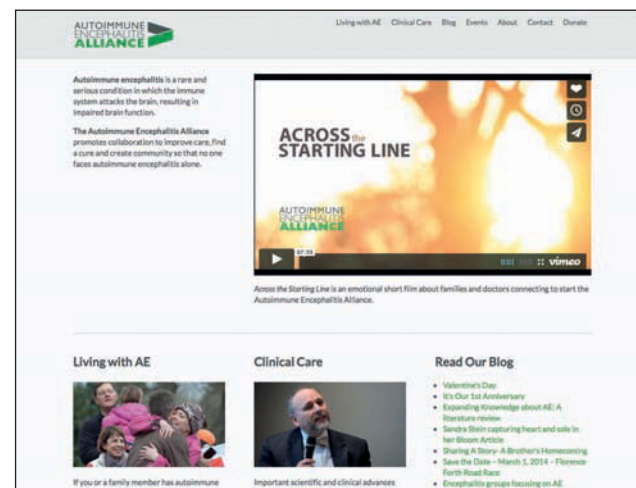
opírá o charakteristický klinický obraz, charakteristický nálezy na MRI a pozitivitu specifických protilátek, významné přídatné informace přináší zejména vyšetření mozkomíšního moku a EEG. Včasně stanovení diagnózy limbické encefalitidy významně ovlivňuje prognózu pacientů. Vždy je třeba myslet i na to, že paraneoplastická limbická encefalitida předchází v cca 60% případů diagnóze nádoru.

Autoimmune Encephalitis Alliance

<https://aealliance.org>

Tato nezisková organizace sídlí v Severní Karolině v USA. Její činnost byla zahájena v roce 2012 na základě iniciativy pacientů, kteří prodělali autoimunitní encefalitidu, a jejich rodin. Prostřednictvím oficiálních webových stránek organizace se snaží přenášet své zkušenosti a zkušenosti dalších pacientů či jejich rodinných příslušníků do širšího povědomí laické i odborné veřejnosti. Kromě osobních příběhů zde čtenář najde rovněž informace o typech autoimunitních encefalitid a odkazy na další stránky s podobnou tematikou.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 4/2014

Séfredaktorka

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

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Filip Kút Ctoreš, DiS. (Z domova, on-line)
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 Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leos Chodura, Martin Caban,
Irena Soukupová, MUDr. Milan Novák,
David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Rehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahos, 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. Miroslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce

Tereza Bydžovská
tel. 225 276 255, 725 153 153
e-mail: bydovska@mf.cz



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

Reti Decastello

DTP

retuší Miroslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubicka, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

ředitel divize

Medical Services

Karel Novotný

art director

Petr Honzátko

MARKETING

ředitelka marketingu Jana Holková
brand manager Alena Kohoutová

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby Soňa Štarhová
vedoucí výroby Michal Sesták
výroba Monika Snádrová
manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317,
e-mail: horakovaj@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sídlí: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
IČ: 01847082

adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddělení iney 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 dáno do tisku 20. 2. 2014

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

PERSONÁLNÍ INZERCE

Volná místa

Lékař/ka - vedoucí funkce

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MV
přijme

■ lékaře do vedoucí funkce
v Praze

Jedná se o atraktivní
manažerskou práci s možností
výkonu lékařské praxe.

Požadujeme:

- VŠ, lékařská fakulta,
- specializaci všeobecné
praktické lékařství,
- lékařskou praxi minimálně
5 let.

Nabízíme:

- pravidelnou pracovní dobu,
- 5 týdnů dovolené,
- 4 dny placeného volna
z důvodu zdravotní
indispozice a jiné benefity,
- finanční ohodnocení odpovídající
zařazení do 14. platové třídy
podle nařízení vlády
č. 564/2006 Sb. + osobní
příplatek + příplatek za vedení.

Informace na tel.: 974 827 661.

Svou nabídku zašlete
e-mailem na adresu:

helen.a.pelikanova@zzmv.cz

M141000305

Více pozic

PŘEDSTAVENSTVO NEMOCNICE
PRACHATICE, A. S.
přijme

■ lékaře/-ku na pozici zástupce
primáře gynekologicko-
-porodnického oddělení

Požadujeme:

- VŠ vzdělání,
- specializovanou způsobilost
v oboru podle zákona č. 95/
2004 Sb., v platném znění,
- licenci ČLK pro výkon
funkce primáře
- vedoucího lékaře v oboru,
- 10 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost
a bezúhonnost,
- organizační a řídicí
schopnosti.

■ lékaře/-ku nebo nelékaře se
specializovanou způsobilostí
v oboru lékařská mikrobiologie
(eventuálně krátce před
atestací) s výhledem
na pozici zástupce primáře
akreditovaného OLM

■ lékaře/-ky (i absolventy LF)
na interní oddělení

Nabízíme:

- práci v příjemném kolektivu,
- ubytování,
- osobní mzdu
+ čtvrtletní odměny,
- příspěvek k důchodovému
přípojištění.

Potenciální zájemci
jsou zváni k nezávazné
informační návštěvě.

Kontakt: MUDr. František
Stráský, tel.: 602 324 538,
e-mail: strasky@nempt.cz

M141000138

Lékař/ka - ortopedie/ neurologie/rehabilitace

ODBORNÝ LÉČEBNÝ
ÚSTAV JEVÍČKO
přijme

■ lékaře se specializací
z ortopedie, neurologie
nebo léčebné rehabilitace
na lůžkové oddělení ortopedie

Jedná se o diferenciální
diagnostiku a konzervativní
léčbu pacientů s potížemi
pohybového aparátu
(bez operativy), včetně léčby
zánětlivých onemocnění.
Pracoviště je vybaveno
vlastní rehabilitací.

Nabízíme:

- plat dle praxe 65-70 tisíc Kč,
- byt k dispozici,
- nástup dle dohody.

Více informací:

www.olujevicko.cz
Kontakt: OLÚ Jevíčko,
tel.: 461 550 712, e-mail:
olujevicko@olujevicko.cz

M141000277

Lékař/ka - vedoucí oddělení

VYSOKOMÝTSKÁ NEMOCNICE
přijme lékaře na pozici:

■ vedoucí lékař oddělení
následných lůžek

Více informací:

www.vmnemocnice.cz

M141000294

Endokrinolog

POLIKLINIKA I. P. PAVLOVA,
S. R. O.,

hledá pro své pracoviště
v Legerově ulici
kvalifikovaného endokrinologa.
Velikost úvazku dle dohody.

Kontakt:

tel.: 736 109 910, e-mail:

smidova@poliklinikaippavlova.cz

M141000302

Více pozic

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
PRAHA ITALSKÁ
hledá do ambulantního provozu,
na plný nebo zkrácený úvazek,
rusky hovořící lékaře (znalost AJ
výhodou) a střední zdravotnický
personál (sestry) v oborech:

- všeobecný PL
nebo interní lékařství
- kardiologie
- angiologie
- neurologie
- urologie
- gynekologie
- oční
- ORL
- diabetologie

Nabízíme:

- nadstandardní ohodnocení,
- komfortní ordinace
s moderní zdravotnickou
technikou v centru Prahy.

Kontakt:

e-mail: personalni@doz.agel.cz,

tel.: 221 087 401.

M141000073

Psychiatr

POLIKLINIKA
ŽDÁR NAD SÁZAVOU
přijme dětského psychiatra.

Nabízíme možnost
pronájmu bytu.

Více informací:
Michal Hubert Zrůst, MSc.,
tel.: 732 558 937, 566 690 134.

M141000285

Lékař/ka - ORL

DO ORL AMBULANTNÍ
PRAXE V PLZNI
přijmu atestovaného lékaře/-ku,
nejlépe na plný úvazek.

Výhodné platové podmínky.

Tel.: 377 534 895,

e-mail: havlova@orlplzen.cz

M141000298

Různé

Pronájem

DVĚ LÉKAŘSKÉ AMBULANCE
pronajmeme od 1. 5. 2014

(i jednotlivě) v nadstandardně
vybaveném malém
zdravotnickém zařízení
v novostavbě přímo u stanice
metra Vysočanská.

Kontakt: tel.: 606 528 358.

M141000255

Lázeňská péče

NOVÉ LÁZNĚ NA INDIKAČNÍM
SEZNAMU PRO LÁZEŇSKOU PÉČI!
Lázně Lednice - Lázeňský dům

Perla poskytují komplexní a pří-
spěvkovou lázeňskou léčbu hra-
zenou ze zdravotního pojištění,
pro pacienty pojištěnou 201 - VZP
a 211 - ZPMV.

Indikační zaměření: VI. Nemoci
nervové, VII. Nemoci pohybového
ústroj, XI. Nemoci gynekologické.
Přírodním léčivým zdrojem je
jodobromová minerální voda.

Více informací:

www.lednicelazne.cz,
tel.: 519 304 863, 519 304 813,
724 525 986.

Korespondenční adresa:

Lázně Lednice,
Lázeňský dům Perla,
Břeclavská 700, 691 44 Lednice.

M141000313

Ředitel Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje Vančurova 1544, 272 01 Kladno

vylahčuje výběrové řízení na obsazení funkce

Náměstek ředitele pro nelékařská zdravotnická povolání (hlavní sestra)

Požadavky:

- Ukončené VŠ ■ nejméně 10 let praxe a úseku ošetrovatelské péče v rámci předne-
mocniční neodkladné péče (PNP) ■ anesteziologicko-resuscitační péče akutního příjmu
- výhodou praxe při řízení většího kolektivu pracovníků ■ znalosti právních předpisů
a standardů ošetrovatelské péče souvisejících se zdravotnickou záchrannou službou ■
- registrace pro práci bez odborného dohledu podle z.č. 96/2004 Sb. ■ organizační, ko-
munitační a řídicí schopnosti ■ morální občanská bezúhonnost ■ negativní osvědčení
dle zák. č. 451/1991 Sb. ■ předložení koncepce pro ošetrovatelskou péči v rámci PNP na
úrovni právnické osoby zřízené krajem (max. 3 stránky).

Požadované doklady k přihlášce:

- strukturovaný životopis s přehledem dosavadní odborné praxe ■ ověřená fotokopie
dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání + osvědčení o registraci (bez odborného
dohledu) ■ osvědčení dle zák. č. 451/1991 Sb. ■ výpis z rejstříku trestů ne starší než
3 měsíce ■ souhlas se zpracováním osobních údajů.

Písemné přihlášky (ne e-mailem) přijímá do 14. března 2014 zaměstnanec
oddělení ZZS SČK na výše uvedené adrese.



Ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové
vypisuje výběrové řízení na místo

lékaře porodnické a gynekologické kliniky

Požadujeme:

- magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- zařazení do přípravy v oboru gynekologie a porodnictví, případně
specializovanou způsobilost v tomto oboru vítáme, není však podmínkou,
- **příležitost i pro absolventy LF**
- předpoklady pro klinickou práci
- zájem o další postgraduální vzdělávání
- zájem o vědeckou a pedagogickou práci
- znalost anglického jazyka
- znalost práce na PC
- 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

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného a profesního růstu
- **náborové benefity**
- zvýhodněné ubytování pro svobodné

Platové podmínky podle platných předpisů.

Nástup po vzájemné dohodě.

Případné informace na tel.č. 495 832 516 sekretariát kliniky.

Písemné přihlášky doložené kopiemi dokladů o získané kvalifikaci, živo-
topisem a přehledem o průběhu předchozí praxe zasílejte do dvou týdnů
po zveřejnění na adresu: odbor personálních vztahů, Fakultní nemocnice
Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové.

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek
poukaz v hodnotě 500 Kč

T.M. Lewin



Poukaz Lewin

Poukaz na nákup v prodejnách T. M.
Lewin uplatnitelný na veškerý sortiment
ve všech prodejnách v ČR do 30. 6. 2014.

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 9. 3. 2014
Předplatné na rok pouze za 590 Kč



**Předplatte
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0214**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0214**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. 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 jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

Největší
vydavatelství
zdravotnických
titulů v ČR

Vydává
23 odborných
časopisů pro lékaře
a zdravotnické
pracovníky:

1 989 700
výtisků ročně

165 808
výtisků měsíčně

Zdroj: ABC ČR, 2013


**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR

