

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



11/2014

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 2. 6. 2014



CHIRURGIE

Nové kóty na mapě nejvyšší kvality kýlní chirurgie
Dvě české nemocnice prošly certifikací a staly se centry excelence léčby kýl. **STRANA 26**



ZAJÍMAVÉ PRACOVISTĚ

Kardiovaskulární spánkové centrum v Brně je jedním z prvních svého druhu v EU. **STRANA 28**



Z HISTORIE

Causa Klemens Bergl
Života běh protektorátního ředitele Zemského ústavu pro duševně nemocné na pozadí 2. světové války. **STRANA 30**



MUDr. Tom Philipp, Ph.D.:
Zákon o zdravotnických prostředcích vyžaduje hlubší analýzu z hlediska jeho dopadů do praxe.

Ambulantní specialisté: **NE** zveřejnění smluv se ZP

Sdružení ambulantních specialistů (SAS) a následně i Koalice soukromých lékařů (KSL) odmítá přistoupit na požadavek ministra Svatopluka Němečka, aby poskytovatelé ambulantní specializované péče zveřejňovali smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Ministr je jejich odporem zaskočen.

Již v dubnu tohoto roku Rada SAS na svém řádném jednání projednala dopis generálního ředitele ZPMV a prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) Jaromíra Gajdáčka, který první požádal, aby poskytovatelé ambulantní specializované péče umožnili zveřejnění svých smluv se zdravotními pojišťovnami. Rada SAS tehdy po svém jednání uvedla, že zveřejnění jakýchkoli smluv ne-

bo částí smluv kteréhokoli ambulantního specialisty (AS) se kteroukoli zdravotní pojišťovnou je bez souhlasu dotčeného lékaře zapovězeno v základních smlouvách se všemi pojišťovnami, kterými SAS disponuje od roku 2008.

Zamoření nicneříkajícím balastem

„Vzhledem ke způsobu a rozsahu zveřejňování, jaký registrujeme

v současné době, Rada SAS rozhodně nedoporučuje žádnému AS se zveřejněním dat souhlasit,“ uvádí rada ve svém prohlášení. Paušální zveřejnění čistě a jen základních smlouvy a dodatků obsahujících pouze výši předběžné úhrady bez informací o výkonnosti poskytovatele (počtu nositelů výkonů, technického vybavení, rozsahu ordinačních hodin, **(pokračování na straně 2)**

MZ připraví nový návrh zákona o zdravotnických prostředcích

Současný návrh zákona o zdravotnických prostředcích je dle řady hlasů nekvalitní a plný nedorozumění a problémů. Neumožnil by například prodej kontaktních čoček v ambulanci očního lékaře. Změna se musí dotknout i kvalifikace osob, jež budou o prostředcích rozhodovat.

Návrh, o kterém minulý týden jednal v poslanecké sněmovně výbor pro zdravotnictví, pochází z dílny předchozího vedení resortu, tedy ministra zdravotnictví Martina Holcáta.

Zpřísnění autorizace

Návrh zákona výrazným způsobem zasahuje do stávajících pravidel regulace prodeje zdravotnic-

kých prostředků. Volný prodej by novela umožnila pouze u zdravotnických prostředků rizikové třídy I a kondomů. „Zdravotnické prostředky vyšších rizikových tříd je podle návrhu možné vydávat pouze v lékárnách, výdejnách, očních optikách nebo u smluvních výdejců. Tímto způsobem by tedy například nebyl umožněn prodej ministrem zmíněných kontak-

ních čoček v ambulanci očního lékaře. Kromě toho tento návrh může výrazným způsobem ovlivnit podnikání ve stávajících prodejních zdravotnických prostředcích, neboť by došlo ke zpřísnění kvalifikace osob, jež jsou oprávněny k výdeji a prodeji zdravotnických prostředků,“ upozornila mluvčí MZ Štěpánka Čechová.

(pokračování na straně 3)

Ambulantní specialisté: **NE** zveřejnění smluv se ZP

(pokračování ze str. 1)

množství přímo v ambulanci aplikovaných léků atd.) podle zástupců ambulantních lékařů povede jen k vyvolání zbytečné závislosti mezi poskytovateli vzájemně. Ti se navíc obávají zamoření příslušných serverů jen nicneříkajícími, balastními informacemi, které ani neumožňují jejich vzájemné porovnávání, protože k tomu nejsou stanovena žádná kritéria.

„Existují-li někde protežovaní poskytovatelé, kteří nejsou placeni dle dávno zveřejňovaných pravidel daných Seznamem výkonů, úhradovými vyhláškami a jednotlivými vzorovými dodatky, má být buď obhájeno, nebo řešeno právě jejich zvýhodnění, nemá však být obtěžována povětšinou většina ostatních,“ dodala tehdy rada SAS s tím, že podporuje zprůhlednění finančních toků ve zdravotnictví a fandí každému, kdo účinně zakročí proti

korupci. Plošné zveřejňování smluv ovšem podle ní k ničemu takovému nepovede.

Zveřejnění úspory nepřinese

Ke stanovisku SAS se poté přidala Koalice soukromých lékařů (KSL), která kvůli smlouvám jednala na ministerstvu zdravotnictví s jeho šéfem Svatoplukem Němečkem. Po jednání KSL svůj postoj nezveřejňovat smlouvy potvrdila, když její zástupci v čele

se svým mluvčím a zároveň prezidentem České stomatologické komory Pavlem Chrzem v tiskové zprávě uvedli, že „zveřejňování smluv mezi poskytovateli a pojišťovnami by bez souhlasu obou smluvních stran bylo v rozporu s platnými zákony v ČR, může představovat výrazné ohrožení soukromých poskytovatelů zdravotní péče a nepřinese žádné úspory financí. KSL proto poskytovatelům nedoporučuje dávat souhlas se zveřejněním jejich smluv se zdravotními pojišťovnami.“ Ministra Němečka nechota KSL dle jeho slov zaskočila. „Jsem překvapen prohlášením Koalice soukromých lékařů, ve kterém dne 15. května 2014 opakovaně vyjad-

řují nesouhlas se zveřejňováním smluv mezi poskytovateli a pojišťovnami bez souhlasu obou smluvních stran. Podle právního názoru, který má ministerstvo zdravotnictví k dispozici, není ze strany pojišťoven důvod, aby na takový souhlas soukromých lékařů čekaly. Jako ministr zdravotnictví apeluji na pojišťovny, aby dbaly na zákonem dané právo na svobodný přístup k informacím a zveřejnily informace, na které mají občané nárok. Já osobně dělám vše pro to, abych zajistil dostatek peněz do systému zdravotnictví, tudíž považuji za férové zajistit naprostou transparentnost všech finančních toků v resortu,“ reagoval Svatopluk Němeček.

Petra Klusáková

Zveřejněné smlouvy? Vznikne jen chaos a závist vůči výkonnějším

Předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko vidí za zveřejňováním smluv pouze datovou změt, která zvýšení transparentnosti systému zdravotnictví nepřinese. Pokud jsou zde lékaři, kteří mají nestandardní smlouvy, mělo by podle něj ministerstvo kontrolovat spíše pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny začaly zveřejňovat smlouvy se zdravotnickými zařízeními. Zatím jde pouze o velké nemocnice. Jak se obecně stavíte k tomuto způsobu zvyšování transparentnosti ve zdravotnictví?

Vydeme-li z toho, jaké smlouvy jsou zveřejňovány a jakým způsobem, lze s jistotou konstatovat, že to k žádné transparentnosti nepovede. Není tajemstvím, že dnešní nemocnice již nejsou lůžkovými zařízeními, ale *de facto* nemocnicemi s poliklinikou. Když si však zkusíte ve kterékoli zatím zveřejněné smlouvě najít množství peněz, které je vyhrazeno právě ambulantní činnosti, nenajdete ho. O rozdělení na obory – nejen ambulance – ani nemluvě.

Rada SAS ve svém usnesení deklaruje, že tento způsob zveřejňování smluv nepovede ke zprůhlednění zdravotnictví ani odstranění korupce v resortu. Vztahujete to pouze na zveřejňování smluv s menšími poskytovateli zdravotní péče, jako jsou AS, nebo to je méně obecné?

Je to míněno obecně. A čím větší poskytovatel, tím hůře z těch zveřejněných smluv cokoli důležitého vyčtete.

Za jakých podmínek byste souhlasil se zveřejňováním smluv pojišťoven s AS?

Myslím, že zcela zásadní je, že v momentě, kdy zdravotní pojišťovna platí poskytovateli za již provedenou péči, nejde už v žádném případě o veřejné peníze. Souhlasit lze tedy jen tehdy, pokud bude souhlasit sám poskytovatel. Na druhou stranu vezmeme-li v úvahu, že ambulance jsou placeny dle obecně známých veřejných pravidel (Seznam výkonů, úhradová vyhláška) a rozdíl ve výši plateb mezi nimi jsou dány čistě a jen jejich výkonností (obor, počet nositelů výkonů, rozsah ordinančních hodin, vybavení přístroji, rozsah regulací za předpis léků a indukované péče...), je úhrada každého AS výsledkem součinu několika veřejně známých čísel. I v jiných oborech platí, že někdo toho udělá více, někdo méně, ale asi nelze souhlasit s tím, že se o tom musí vzájemně informovat.

Jaké modifikace opatření směřujících ke zvyšování transparentnosti smluvní politiky ZP s poskytovateli zdravotních služeb byste navrhol?

Ministerstvo zdravotnictví je dozorovým orgánem nad zdravotní-

mi pojišťovnami. Necht do nich pošle kontrolu, která bude hledat nestandardní postupy, respektive úhrady mimo jinak obvyklá pravidla. A pak ať je vedena diskuse o tom, zda ten rozdíl je, či není oprávněný. Pokud neudělá toto, ale jen zveřejníme všechny smlouvy, pak ty odlišnosti zmizí v moři jiných – vlastně jinak prakticky stejných – dokumentů.

Zveřejnění kterých informací by podle vás umožnilo objektivní a spravedlivé porovnání a odhalení protežovaných poskytovatelů zdravotních služeb.

Jak jsem již řekl, nepovažuji peníze za veřejné. Smlouvy jsou natolik komplikované, že si troufám říci, že jakékoli zveřejňování bude mít jen ten důsledek, že horší a méně výkonní poskytovatelé budou závidět těm výkonnějším a lepšími.

Jaký motiv mohou mít zdravotní pojišťovny k protežování některých poskytovatelů?

Neznám žádného protežovaného poskytovatele, takže neumím odhadnout ani eventuální motivaci. Teoreticky by ale mohlo jít například o udržení některé odbornosti v oblasti, která je dopravně hůře dostupná a kde by za nor-

málních okolností ambulance nepřežily.

Pokud zhodnotíte technickou stránku věci, o jakém množství informací mluvíme?

Existuje přibližně 20 tisíc poskytovatelů a 7 zdravotních pojišťoven, přičemž každý poskytovatel má nejméně 1 základní smlouvu a k ní 1 úhradový dodatek pro každý rok (u AS k dnešku 7 od posledního navazování smlouvy). A to jsme pořád v úrovni, která nikomu nic neřekne. Aby bylo možné data těchto 20 tisíc poskytovatelů – krát průměrně 5 (všichni nemají smlouvy se všemi) krát

8 dokumentů – nějak posuzovat, je nutné to vynásobit dříve 14 pololetními dnes 7 ročními vyúčtováními a 7 informacemi, zda se příslušný poskytovatel proti eventuální regulační srážce odvolal (pokud měl být regulován), samozřejmě krát 7 informací, jak tato odvolání dopadlo. Pak by asi také bylo třeba to ještě vynásobit 7 vyjádřeními poskytovatelů a eventuálně 7 komentáři zdravotních pojišťoven.

Lze si v takovém objemu dat udržet přehled?

Svět internetu je jistě nekonečný, ale přijde vám toto transparentní? Snad se mnou souhlasíte, že to příliš průhledné z principu věci být nemůže. Vracím se tak ke svému názoru, že jediná cesta je, že nejdříve samo ministerstvo provede nějakou selekci a bude důsledně provádět svou dozorovou činnost, přičemž se zaměří na nestandardní vztahy a nebudou obtěžovat zbylou drtivou většinu poctivých poskytovatelů.

(fkc, klu)



Foto: Michael Tómes

Tajnústkáři bez příčiny

Česká stomatologická komora plýtvá silami ve zbytném boji, do nějž jde navíc špatně vyzbrojena

Stomatologové se na sjezdu své komory opět hlasitě vyjádřili proti záměru ministerstva zdravotnictví zveřejňovat smlouvy mezi pojišťovkami a zdravotnickými zařízeními. Nelze se však ubránit dojmu, že tento konkrétní boj je nejen předem prohraný, ale také zbytečný, nepříliš důvěryhodný a navíc stojí komoru energií a společenského kapitálu, které by jinak mohla investovat do důležitějších střetů se současnou politickou garniturou.

Chybí bytelné argumenty

Současné české politice vládne kánon ostentativní transparentnosti. Jeho obsah je velmi vágní, cíle často pochybné, forma nezřídka hraničí s bezhlavým fanatismem a výsledky jsou dosud nedbatelné. Ale to na faktu nic nemění. Dominantní politické síly voláním po průhlednosti vyhrály volby a průzkumy, ať jde

o volební preference či zkoumání spokojenosti s politickou situací, ukazují, že veřejnost na tato hesla nadále slyší. V takové situaci, ať si o ní myslíme cokoli, je třeba počítat s tím, že kdo proti tomuto kánonu

vystoupí, ponese společenské náklady a bude automaticky vystaven podezření, že se snaží skrývat cosi nekalého. Proto platí, že postaví-li se někdo takřkajíc proti proudu, měl by mít v ruce bytelné argumenty. Ty ovšem prezidentu ČSK Pavlu Chrzovi chybějí. Proto jeho odpor nemá valnou naději na úspěch.

„Zveřejňování smluv má možná smysl u nemocnic, ale ne u zubních ambulancí, protože mají všechny stejnou smlouvu a stejný cenový dodatek. Tam se nikde nic neliší,“ tvrdí podle ČTK prezident Chrz a doplňuje: „Když



Martin Čaban

se zveřejní, kolik kdo vydělal ze zdravotního pojištění, a nebude tam i částka, kterou musel vynaložit, aby tyto peníze mohl vydělat, tak to bude zavádějící a jen to vyvolá vášně mezi jednotlivými zdravotnickými

zařízeními i pacienty.“ Ani opakovaná vyjádření Koalice soukromých lékařů nejsou na argumenty bohatší.

Odhalené ledví

Jestliže mají všichni zubaři stejnou smlouvu i dodatky, pak zveřejnění stěží něco brání – bude to velmi nezajímavé čtení a porovnávání a pozornost věnovaná smlouvám rychle opadne. Jsou-li navíc smlouvy jedna jako druhá, stěží z nich půjde vyčíst, kolik kdo „vydělal ze zdravotního pojištění“ – nominální příjmy všech zubních ordinací ze



ilustrační foto: archiv

zdravotního pojištění zcela jistě stejné nejsou. Rovněž není jasné, proč by zveřejnění mělo vyvolávat vášně mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, mají-li podle Chrze všechna stejnou smlouvu.

Pokud jde o vášně pacientů, prezident ČSK má zjevně dost nevalné mínění o klientech svých a svých kolegů. Rozdíl mezi obratem a ziskem je snad dostateč-

ně znám. I kdyby snad panovala obecnější nejistota v pojmech, skutečně jen minimum pacientů bude žít v nezlomném přesvědčení, že přístroje, nástroje, energie, práce sester či vybavení ordinace padají lékařům z nebe. A kdyby si lékař přece jen nebyl jist, nic mu nebrání zveřejnit se smlouvou i náklady spojené s provozem praxe. Tím ovšem odhalí své ledví daleko za hranici požadovanou ministerstvem.

Aspoň trochu světla

Obecně se argumenty proti zveřejňování smluv hledají těžko. Právě stomatologové – a slouží jim to ke cti – se během let dobře naučili nabízet svým pacientům i to, co pojišťovna nehradí. Zveřejnění smlouvy proto neukáže ani přibližný obrázek obratu ordinace, takže strach ze ztráty soukromí je lichý. K tomu také zveřejnění není určeno. Má vnést trochu světla do smluvní politiky pojištěn. Zrovna v případě zubařů to asi zdravotnictví nespasí, v jiných segmentech péče to bude jistě zajímavější. Jestli to ČSK považuje za dostatečný důvod pro tak urputný boj, budiž, ale měla se na něj výrazně lépe vyzbrojit.

MZ připraví nový návrh zákona o zdravotnických prostředcích

(pokračování ze str. 1)

Jak mluvčí dodala, součástí návrhu jsou i změny v souvisejících prováděcích předpisech. Do návrhu zákona se totiž přesunula kompletní úprava řešení klinických aspektů z nařízení vlády č. 336/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky, což představuje nezbytný předpoklad pro posouzení shody zdravotnického prostředku autorizovanými/notifikovanými osobami. Tyto osoby jsou oznamovány Úřadu pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví (ÚNMZ) podle zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky.

„Navrhovanou úpravu tedy vystává otázka, na základě jakého zmocnění a jakou pravomocí budou disponovat osoby, které jsou k provádění činností a ověření plnění povinností výrobcem zdravotnických prostředků daných

zákonem o zdravotnických prostředcích autorizované/notifikované,“ dodala mluvčí Čechová.

V SÚKL vznikne registr prostředků

Ministerstvo si je vědomo, že vzhledem k délce legislativního procesu došlo v návrhu zákona k řadě změn, které neprošly tzv. technickou notifikací u Evropské komise. Resort navíc počítá s řadou podstatných pozměňovacích návrhů v průběhu projednávání ve sněmovně, což podle MZ může ohrozit vymahatelnost nově předkládaného zákona.

„Zákon předpokládá vznik Registru zdravotnických prostředků při Státním ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který bude stěžejní pro provádění výkonu státní správy v oblasti zdravotnických prostředků. Registr je již připraven, nicméně dosavadní pilotní provoz naznačuje skutečně závažné problémy s jeho fungováním, které by do budoucna mohly při-

nést dalekosáhlejší problémy nejen ve smyslu samotného fungování databáze, ale především pro koncového uživatele,“ doplnila Čechová.

Legislativní tíseň

Ministr Němeček minulý týden hledal cestu jak systém zdravotnictví ušetřit problematických dopadů zákona. „Je třeba vyjednat s výborem pro zdravotnictví takový postup, abychom omezili negativní dopady zdržení zákona a zároveň nedopustili zavedení některých zjevně zbytečných komplikací. Normu předložila ještě minulá vláda Jiřího Rusnoka, a to 15. ledna tohoto roku. Až následně jsme odhalili, jak zásadní problémy může způsobit. Pokud by nebyla možná jiná cesta, požádám vládu o stažení normy z projednávání ve sněmovně,“ uvedl ministr Němeček počátkem minulého týdne.

Na následném jednání výboru náměstek ministra pro zdravot-

ní pojištění Tom Philipp vyjednal pro zákon odklad. „V rámci jednání výboru pro zdravotnictví došlo ke shodě, že vzhledem k závažnosti zákona se projednání odloží a ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s poslanci výboru normu upraví. Termín

projednání by mohl připadnout nejdříve na září. Za ministerstvo tento přístup vítám a děkuji výboru, že akceptoval náš návrh na odložení, neboť zákon bude vyžadovat hlubší analýzu z hlediska jeho dopadů do praxe. Budeme chtít změnit například úpravu výdeje některých zdravotnických prostředků nebo upřesnit provádění jejich klinického hodnocení,“ sdělil naší redakci náměstek Philipp.

Petra Klusáková

Děští praktici stárnou

Účastníci sněmu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky, konaného ve dnech 17.–18. 5. 2014 ve Skalském Dvoře, důrazně upozorňují, že demografická situace jejich oboru je dlouhodobě varující.

Stoupající věkový průměr praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), který nyní činí 58 let, je dle PLDD alarmující zejména proto, že již nyní v některých lokalitách na území ČR rodiče obtížně nalézají praktického lékaře pro své dítě.

PLDD proto vyzývají představitel státní správy, aby urychleně vytvořili podmínky pro zachování současného úspěšně fungujícího sys-

tému, který je inspirací pro řadu evropských zemí. „Dosavadní systémem poskytuje kvalitní komplexní léčebně-preventivní primární péči o dětskou a dorostovou populaci. V současné době se snaží tento náš léty prověřený fungující systém zavést mnohé evropské státy do svých programů péče o dětskou populaci,“ uvedli ve svém prohlášení praktičtí lékaři pro děti a dorost. (dlu)

Vláda schválila zdravotně pojistné plány, pojišťovny sáhnou do rezerv

Vláda schválila společný materiál ministerstev zdravotnictví a financí jehož nedílnou součástí jsou i zdravotně pojistné plány v tuzemsku činných zdravotních pojišťoven. I letos by měly výdaje na péči růst – zvýšení nákladů na zdravotní péči pojišťovny pokryjí z rezerv.



jich hospodaření je hodnoceno jako vyrovnané, neboť je plánují kompenzovat kladnými zůstatky svých bankovních účtů. Saldo však nedosahuje takových rozměrů, aby představovalo významné riziko pro dodržení fiskálního cíle vládního sektoru,“ uvádějí ministerstva ve svém společném materiálu „Hodnocení zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2014“.

Růst příjmů i výdajů

Příjmy z vlastního výběru pojistného mají letos činit 175 miliard Kč (meziroční nárůst o 2,2 %), příjmy ze státního rozpočtu za osoby, za něž je plátcem pojistného stát a které tvoří přibližně 25 % z celkových příjmů systému, mají podle zdravotně pojistných plánů dosáhnout výše 59,3 miliardy Kč. Ostatní příjmy systému ve výši 2,3 miliardy tvoří sankční příjmy (penále, pokuty atd.) a podobně jako příjmy od zahraničních pojišťoven a ministerstva obrany a příjmy ze zdaňovaných činností (dohromady asi 0,6 miliardy) mají podle ministerstva v celkovém objemu zanedbatelný význam.

Výdaje ve výši téměř 240 miliard Kč představují meziroční nárůst o 4 %. Z toho výdaje na zdravotní služby jsou plánovány ve výši

230,6 miliardy korun, provozní výdaje budou činit 7,1 miliardy a výdaje na investice se plánují ve výši cca 1,2 miliardy. Půl miliardy korun ve výdajích tvoří zálohy za cizince a specifické fondy Vojenské zdravotní pojišťovny ČR (VoZP).

„V oblasti výdajů na zdravotní péči byl základním požadavkem na zdravotně pojistné plány ze strany ministerstva zdravotnictví především soulad s úhradovou vyhláškou roku 2014. Z tohoto důvodu ministerstvo kontrolovalo soulad navrhovaných plánů s modelací dopadů úhradové vyhlášky na jednotlivé zdravotní pojišťovny. V současné době je již možné konstatovat, že všechny

zdravotní pojišťovny tento soulad zajistily,“ míní MZ.

Závazky převyšují pohledávky

Po přepočtu vycházejí letošní výdaje na jednoho pojištěnce na 23 045 Kč. Pojišťovny podle údajů ministerstev zdravotnictví a financí evidovaly k 1. lednu 2014 celkem 10,4 milionu pojištěnců. Nejvíce z nich – 5,96 milionu (57,3%) – registrovala VZP. Plánovaný stav pohledávek veřejného zdravotního pojištění má k 31. 12. 2014 činit 36,2 miliardy, z toho pohledávky za plátcí pojistného jsou ve výši 31 miliard Kč (85,6%). Plánovaný stav závazků veřejného zdravotního pojištění má ke stejnému datu činit 36,6 miliardy. V tomto objemu finančních prostředků tvoří závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb 35,6 miliardy, tj. 97,3 %, z nichž závazky po lhůtě splatnosti jsou pouze u VZP, a to ve výši 1,4 miliardy. Stav peněžních zůstatků na bankovních účtech zdravotních pojišťoven je plánován ve výši 8,9 miliardy korun (viz graf 2).

(Zdroje: MZ ČR, MF ČR) (třic)

Podle ministra zdravotnictví Svatoopluka Němečka (ČSSD) jsou celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění na letošní rok naplánovány ve výši 237,2 miliardy, výdaje by měly dosáhnout 239,4 miliardy a ztráta přibližně 2,2 miliardy. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) počítá s kladným výsledkem hospodaření ve výši 0,7 miliardy, ostatní pojišťovny se záporným,

který mají podle ministra sanovat z rezerv.

Při tvorbě zdravotně pojistných plánů prý pojišťovny vycházely z predikovaných makroekonomických ukazatelů, regionálních specifik a také z vlastního výchozího stavu, především v oblasti finanční. „Ačkoli zdravotní pojišťovny vykazují plánované záporné saldo příjmů a výdajů celkem, včetně zdaňovaných, je-

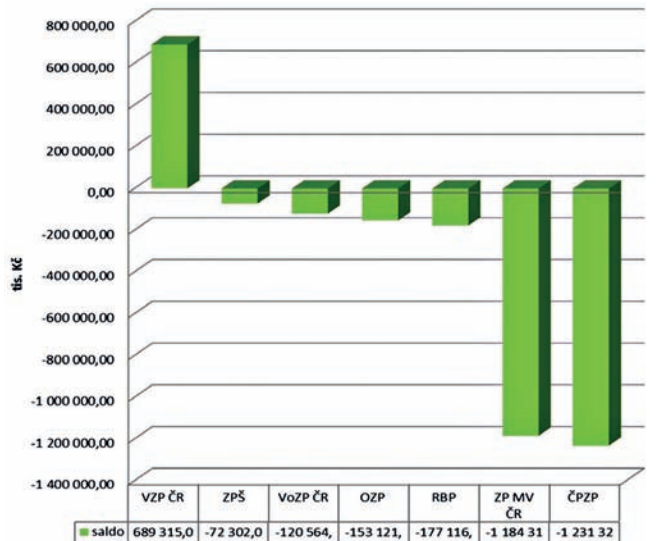
ilustrační foto: Shutterstock

Tab. 1 Struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů

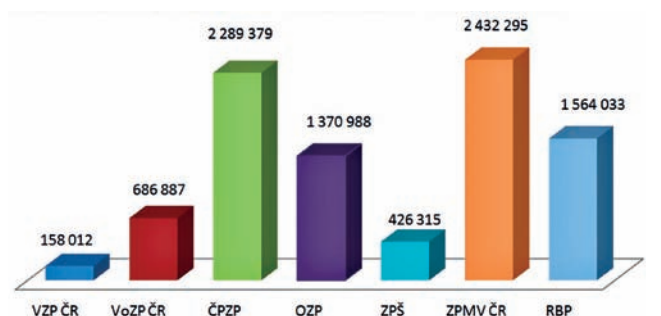
Ukazatel	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)
Náklady na ambulantní péči	54 379	55 511	58 000	58 761	59 512	60 401
Náklady na lůžkovou péči	107 992	111 816	113 051	113 766	111 880	118 939
Ostatní náklady	49 648	47 886	48 114	50 473	49 501	49 539
Celkové náklady	212 019	215 213	219 165	223 000	220 893	228 879

Tab. 2 Struktura nákladů na zdravotní služby v přepočtu na 1 pojištěnce

Ukazatel	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)	(v mil. Kč)
Náklady na ambulantní péči	5241	5344	5563	5589	5720	5814
Náklady na lůžkovou péči	10 408	10 765	10 843	10 822	10 753	11 448
Ostatní náklady	4785	4610	4616	4801	4758	4768
Celkové náklady	20 434	20 719	21 022	21 212	21 231	22 030



Graf 1 Plánované saldo příjmů a výdajů 2014



Graf 2 Stav peněžních prostředků jednotlivých zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2014

Konkrétní návrhy pro vzpruhu systému zdravotnictví

Odborná konference „Rizika v činnostech farmaceutické společnosti“, kterou letos již po deváté pořádala společnost Androsa, se nesla v duchu mapování ekonomické situace ve zdravotnictví a pojmenovávání rizik, jež rozkolísaný systém farmaceutickým společností přináší.

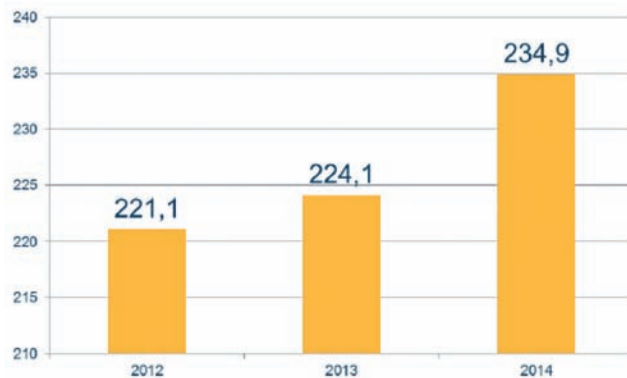
Současnou ekonomickou situací českého zdravotnictví shrnul ve svém příspěvku výkonný ředitel a jednatel ViaPharma Michal Krejsta. „Dle dat ministerstva zdravotnictví dosahují v roce 2014 predikované příjmy systému veřejného zdravotního pojištění 234,9 miliardy korun a nárůst oproti předešlému roku je modelován na základě zvýšení výběru pojistného (6,1 miliardy) a zvýšení pojistného za státní pojištěnce (4,7 miliardy). Letošní příjmy systému tedy budou pravděpodobně činit o 5 procent více oproti roku 2013 a o 6 procent více oproti roku 2012,“ uvedl Michal Krejsta, který je zároveň předsedou asociace velkodistributorů léčiv AVEL. Situaci českého zdravotnictví podle jeho slov výrazně ovlivňuje také ekonomika Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), protože pokud tento klíčový plátc nebudou zdravý, neodejde k posunu nezbytných prostředků směrem k poskytovatelům péče. Hlavním kritériem je, aby reálné disponibilní zdroje pro zdravotní péči byly minimálně na úrovni, lépe nad úrovní jejich nákladů. Proto je pozitivní, že za 1. čtvrtletí VZP vykazuje alespoň vyrovnanou bilanci.

Dojde na srovnání sazeb?

S dluhy zápolí také segment nemocnic, v jehož nepospěch byl od 1. 1. 2014 zrušen i 100korunový regulační poplatek za den hospitalizace (v roce v 2013 bylo za pobyt v nemocnici vybráno 2,1 mld. Kč). Michal Krejsta připomněl rovněž další proměnnou v systému, kterou jsou různé výše úhrady srovnatelných služeb v jednotlivých nemocnicích. „Svoji roli hraje nerovnost v individuálních základních sazbách nemocnic, kdy VZP v průměru platí za pacienta 34 400 Kč a ostatní zdravotní pojišťovny 26 200 Kč, a hlavně nemožnost tyto sazby sjednotit okamžitě v jednom roce,“ upozornil.

DRG a snížená segmentace

Dalším krokem vedoucím k vyrovnanému systému by dle Mi-



Graf Predikované příjmy systému veřejného zdravotního pojištění posledních 3 let. | Zdroj: MZ ČR

chala Krejsty mělo být sjednocení základní sazby pro jednotlivé zdravotní pojišťovny v každé nemocnici. Jednotná technická základní sazba byla nově nastavena na výši 22 000 Kč. Pro nemocnice hraje významnou roli také udržení principu platby za produkci a mechanismu DRG. Velmi pozitivním krokem je zároveň snížení úhradové segmentace (tedy zrušení DRG beta a gama) a udržení pouze kardioverterů a kardiostimulátorů v rámci individuálních kontraktů.

Zdravotnickým zařízením by mělo prospět i sjednocení úhrady ambulantní péče v nemocnicích a mimo ně, dále zohlednění koeficientů přechodu pojištěnců oproti referenčnímu období a v neposlední řadě ohled na specifika a komplexnost koeficientů specializace pro DRG. Farmaceutické společnosti reflektují také fakt plynoucí z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), že průměrné výdaje všech nemocnic na léčiva a zdravotnické prostředky se v minulých letech (2009–2011) pohybovaly mezi 26 a 27 % celkových výdajů. V nemocnicích přímo řízených MZ tvořily léky a zdravotnické prostředky 32–33 % celkových průměrných výdajů těchto zdravotnických zařízení.

Financování a řešení problémů nemocnic

Jednou z cest řešení problematického financování nemocnic mě-

la být úhradová vyhláška pro rok 2014. Jejím vytýčeným úkolem je – kromě kompenzace výpadku regulačního poplatku za den hospitalizace a zohlednění nálezu ústavního soudu o transparentnosti a předvídatelnosti – také reflexe tíživé finanční situace nemocnic a umožnění přiměřeného růstu ostatních segmentů proti roku 2013.

Postavení centrových léků v úhradové vyhlášce shrnul na konferenci *corporate affairs director* společnosti GlaxoSmithKline Robert Sýkora. „Maximální úhrada centrových léků je stanovena nad celou skupinou diagnóz, není porovnání s celostátním průměrem a metabolické choroby jsou bez limitace počtu pojištěnců. Vyhláška stanoví maximální úhradu na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 procent 12násobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytnuta,“ vysvětlil Robert Sýkora.

Dále pak doplnil, že u chronických chorob, kam je zařazena revmatoidní artritida, Bechtěrevova choroba, psoriatická artritida, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, těžká psoriáza, roztroušená skleróza, plicní arteriální hypertenze, astma, Parkinsonova choroba a juvenilní artritida, se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % 12násobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013,

během nichž byla léčba poskytována, a vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2013. Stejný výpočet je stanoven i pro nechronická onemocnění (zejména onkologická a hematologická), pouze s tím rozdílem, že je násobeno 102 % počtu unikátních pojištěnců z loňského roku.

Úspory SÚKL

Další možnosti jak zefektivnit systém zdravotnictví hledá také Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Ten v minulosti (ke konci roku 2011) ukončil rozsáhlou revizi, při níž přehodnocoval maximální ceny výrobců u 3937 kódů SÚKL, kde odhadl roční úspory ve výši 2,8 mld. Kč. U dalších 9729 kódů ústav revidoval také úhrady ze zdravotního pojištění, zde se roční úspora vyšplhala na 8,78 mld. Kč. Do konce roku 2014 má zveřejnovat úhrady zdravotního pojištění za roky 2012–2014. Zahájil proto kontrolu u 4824 kódů a u necelých 500 správních řízení, která kvůli této kontrole probíhají, očekává úsporu ve výši 0,85 mld. Kč.

V loňském roce se SÚKL přiklonil také ke zkráceným revizím. „Za rok bylo dosaženo vyšší celkové úspory – celkem 2,8 miliard korun – než ve vysokém počtu hloubkových revizí prováděných ve tříletém intervalu,“ upřesnila vedoucí sekce cenové a úhradové regulace Státního ústavu pro kontrolu léčiv Helena Skácelová. Ta na konferenci komentovala také postavení *biosimilars* na českém trhu. Jejich podíl tvoří dle analýzy SÚKL u „generifikovaných“ biologických přípravků 69 % objemu na celkovém trhu biologických léčiv. Z pohledu stanovení výše cen a úhrad jsou obdobou generik. Cenu a úhradu v rámci řízení získávají většinou do 30 dnů. Spadají do systému referenčních skupin, jde tedy o přípravky v zásadě terapeuticky zaměnitelné, s obdobnou účinností, bezpečností a postavením v klinické praxi, přičemž zaměnitelnost lze zjistit na zá-



Michal Krejsta. | Foto: archiv Michala Krejsty

kladě dostupných informací čerpajících z klinické studie. Mají stejnou cenu, výši úhrady i podmínky úhrady jako již hrazené léčivé přípravky, s výjimkou prvního *biosimilar* v referenční skupině, které má ze zákona cenu a úhradu sníženou o 15 % oproti originálu.

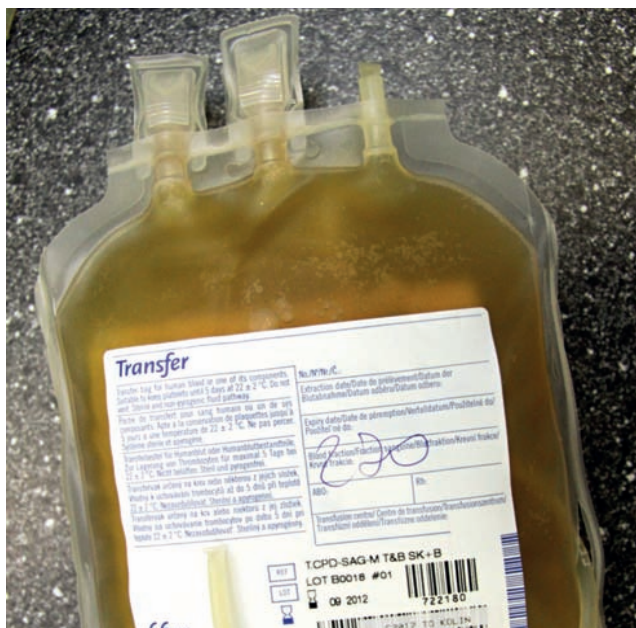
Zrychlení díky notifikaci a claw-back

SÚKL představil i další možné ekonomické nástroje, např. tzv. *claw-back*, tedy kompenzaci předem dohodnuté částky zdravotní pojišťovně, a to na základě dohody držitele a zdravotní pojišťovny, která neovlivňuje oficiálně stanovenou cenu ani úhradu. U podobných přípravků pak může místo správného řízení probíhat tzv. notifikace, která minimalizuje administrativní kroky a urychluje reálný vstup léku na trh. Cena a úhrada se v tomto případě stanovují podle nejbližšího zaměnitelného léku. „Kromě zvýšení dostupnosti levnějších léků pro pacienty se tak zrychlí vstup nových léčiv na trh,“ dodala zástupkyně SÚKL.

Ústav navíc vidí podpůrné kroky ve zvýšení atraktivitu v rámci úhradové soutěže, ohlašovací povinnosti kvůli regulaci reexportu a zvýšení automatizace v rámci zkrácených revizí. Zde by se SÚKL rád inspiroval například norským modelem, kde snížení úhrady probíhá v závislosti na obratu skupiny či léčivé látky. Pro implementaci navržených opatření je ovšem nutná změna legislativy.

ČR zaznamenala další dílčí vítězství v kauze Diag Human

Londýnský obchodní soud zamítl nároky švýcarské společnosti Diag Human SE vůči České republice. Britský soud tak nakonec vyhověl české straně a zrušil vlastní příkaz z roku 2011, kterým na základě žádosti švýcarské společnosti nařídil exekuci rozhodčího nálezu z roku 2008. Švýcarská strana nyní zvažuje odvolání.



po celou dobu za konečný. Londýnský soud však nyní uznal právo České republiky na přezkum rozhodnutí.

„Tamní soud zamítl nároky Diag Human ve Velké Británii, uznal oprávněnost odvolání České republiky z roku 2008 a uložil firmě Diag Human povinnost zaplatit České republice zálohu na náklady soudního řízení, které přesahují 9 milionů korun,“ shrnul rozhodnutí londýnského soudu ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

Ani závazné, ani vykonatelné

Podle ředitele právního odboru ministerstva zdravotnictví Davida Kotryse byla jádrem sporu mezi oběma stranami otázka, zda je verdikt arbitráž z roku 2008 vykonatelný, či ne. „Londýnský soud na čtyřiceti stranách obsáhlého rozsudku podrobně rozebral argumenty obou stran a ve všech směrech dospěl k závěru, že zmíněný rozhodčí nálezu, který Diag

Human SE již několikrát před zahraničními soudy vydává za konečné a vykonatelné rozhodnutí, se dosud nestal ani závazným, ani vykonatelným. Londýnský soud se neztotožnil s argumenty Diag Human SE a posoudil žádost České republiky z roku 2008 o přezkum zmíněného rozhodčího nálezu za platné podanou a přezkumné rozhodčí řízení za řádně zahájené a dosud neskončené,“ konstatoval ředitel odboru komunikace s veřejností MZ Jan Štoll.

ČR nemá vyhráno

Přestože již česká strana zaznamenala dílčí úspěchy u soudů v Rakousku, Švýcarsku a Francii, zatím stále ještě nemá vyhráno – řízení ve Velké Británii, ale i v dalších zemích pokračuje. Diag Human se domáhá českého majetku nadále i v Lucembursku a USA. „Ve Velké Británii jsme nyní zaznamenali vítězství jen prvoinstančně – předpokládáme, že Diag Human se odvo-

lá, ale i tak si myslíme, že Česká republika nakonec zvítězí,“ řekl v ČT David Kotrysa.

Společnost Diag Human v tiskové zprávě zdůraznila, že londýnský soud uznal, že firma postupně vyhrála pět rozhodčích nálezů proti českému státu. Na základě „procedurálních okolností“ však podle ní rozhodl, že před získáním možnosti uznání nálezu ve Spojeném království musí vyčkat na poslední procedurální kroky přezkumného řízení v České republice. „Tento výsledek je samozřejmě pro Diag Human nepřijemný,“ připustila firma. Citelně se na něm podle ní podepsala nepřítomnost jejího právního experta, který prý musel být před cestou do Londýna náhle hospitalizován. „O možném odvolání se rozhodne až po prostudování písemného odůvodnění výroku soudu,“ dodala firma ve svém tiskovém prohlášení. Přestože spor není ukončený, vývoj kauzy naznačuje, že se zástupci státu zatím nemusejí obávat toho, že by se opakovala situace z roku 2011, kdy v rámci exekuce na podkladě rozhodnutí arbitráž z roku 2008 došlo ve Vídni k zadržení českých uměleckých děl. (fkc, ČTK)

Švýcarská společnost vede s Českou republikou letitý spor o mnohamiliardové odškodné za údajně zmařený obchod s krevní plazmou. Podle rozhodčího nálezu

ze srpna 2008 měla Česká republika zaplatit švýcarské straně 8,33 miliardy Kč. Česká strana se proti rozsudku odvolala, Diag Human naopak rozsudek považuje

Vláda provedla rozsáhlou obměnu rad zdravotních pojišťoven

Vláda přijala usnesení, kterým na návrh ministra zdravotnictví obměnila personální složení správních a dozorčích rad šesti zdravotních pojišťoven. Podle MZ tento krok souvisí s personálními změnami v resortu a potřebou zajistit odborné zastoupení ostatních ministerstev.

Podle ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka (ČSSD) proběhla obměna rad zdravotních pojišťoven na základě dohody koaličních stran.

„Po dohodě s koaličními partnery a premiérem Sobotkou jsem navrhl odvolání a nové jmenování sedmnácti členů správních rad šesti zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Zároveň byli jmenováni i čtyři noví členové na uvolněná místa, která vznik-

la rezignací a skončením funkčního období dosavadních členů. Na uvolněné místo byl jmenován také jeden nový člen dozorčí rady Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR,“ informoval novináře Svatopluk Němeček. Do funkce člena dozorčí rady VZP byl jmenován Vítězslav Novohradský.

Odvolání a jmenování

Ze správních rad Vojenské zdravotní pojišťovny byli odvoláni Jan

Kvaček a Jan Vylit, na jejich místa byli jmenováni Helena Sajdllová za ministerstvo zdravotnictví a Jan Beroun.

Ze správních rad České průmyslové zdravotní pojišťovny byli odvoláni Lenka Koblrová, Marek Ženíšek, Lenka Hřebíková, Ondřej Koting a Martin Plíšek. Na jejich místa byli jmenováni Veronika Peřinová za ministerstvo financí, Helena Rögnerová a Jan Michálek, oba za ministerstvo zdra-

votnictví, Antonín Tesařík a Jiří Martinek.

Ze správních rad Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví byl odvolán Pavel Hroboň. Nově se členy její správní rady stali Jiří Carbol, Lenka Teska Arnoštová za ministerstvo zdravotnictví a Jakub Haas za ministerstvo financí.

Ze správních rad Zaměstnanecké pojišťovny Škoda byli odvoláni

Eva Zavadilová, Jan Kvaček a Hana Semínová. Na jejich místa byli jmenováni Hana Habartová, Luděk Janoušek za ministerstvo financí a Václav Krása.

Ze správních rad Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra byli odvoláni Jan Růžička, Jaroslav Salivar a Martin Plíšek. Na jejich místa byli jmenováni Jan Sixta, Jiří Zmatlík a Monika Pálková za ministerstvo vnitra, Helena Rögnerová za ministerstvo zdravotnictví a Jiří Kubišta za ministerstvo financí.

Ze správních rad Revírní bratrské pokladny byli odvoláni Jan Kvaček, Radko Česenek a Ondřej Roztomilý. Na jejich místa byli jmenováni Rostislav Foltá za ministerstvo financí, Tomáš Hanzel a Lenka Poliaková za ministerstvo zdravotnictví.

(ČTK, fkc)

Vznikla petice pro rozšiřování sítě center dětské oční péče v Praze

Více než padesát pražských lékařů pro děti a dorost se na konci května podepsalo pod petici, která žádá podporu rozvoje sítě poskytovatelů specializované dětské oční péče v Praze. Lékaři se obrátili na vedení velkých zdravotních pojišťoven s žádostí o rozšíření sítě poskytovatelů dětské oční péče.

V Praze je celkem 79 zdravotnických zařízení pro děti a dorost kde pracuje dohromady 243 lékařů. K petici se tak oficiálně připojila pětina z nich. Žádají Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), Odborovou zdravotní pojišťovnu (OZP) a Zdravotní pojišťovnu Ministerstva vnitra (ZPMV), aby častěji svolily k uzavření smlouvy s ambulantními zařízeními, která se dětské oční péči věnují. Petice byla předána radnímu města Prahy pro oblast zdravotnictví Martinu Dlouhému.

Za své do soukromých zařízení

Praktičtí lékaři pro děti a dorost iniciovali vznik petice, neboť nemají kam odesílat na vyšetření své pacienty mladší 5 let. Jak lékaři upozornili, čekací doby v zařízeních, jež mají smlouvu s uvedenými pojišťovnami, se pohybují od 5 do 7 měsíců, některá zařízení již nové pacienty vůbec nepřijímají. Rodiče dětských pacientů jsou pak podle petičníků nuceni volit zařízení, jež smlouvu s pojišťovnou nemají, a péči si hradit sami, přestože se jedná o péči, která má být hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

„Děti s očními vadami však stále přibývá, což je ovlivněno jak genetikou, tak životním stylem. Interdisciplinární spolupráce v pediatrii zahrnuje mimo jiné oftalmologická vyšetření. Jedná se zejména o ošetření akutních stavů, průplachy slzných kanálků a vyšetření dětí v návaznosti na preventivní prohlídky. V těchto případech je třeba odeslat dětského pacienta na specializované pracoviště k detailnímu dovyšetření a určení následné léčby,“ uvádí lékaři v prohlášení k petici.

Včasný záchyt a léčba

Zlepšení dostupnosti dětské oční péče by mělo přispět k eliminaci rizik vzniku očních problémů u dětí. „Petici předáváme na magistrát, protože se domníváme, že jeho představitelé nevystu-

pují v této problematice aktivně a nepříspívají dostatečně k rozvoji sítě poskytovatelů dětské oční péče,“ vysvětlila ředitelka Dětského očního centra Kukátko Magda Pravdová.

Brzká diagnóza a včasné zahájení léčby očních vad a onemocnění dětí je podle ní jedním ze základních předpokladů úspěchu. „U dětí se jedná zejména o zachycení očních vad, které mohou způsobit tupozrakost a šilhání. Pokud tyto děti nejsou léčeny včas, může jim prodleva způsobit celoživotní zrakový handicap. V určitých případech je důsledkem zpoždění léčby snížení a někdy až úplná ztráta zrakové ostrosti, kterou pak lze přirovnat k částečnému oslepnutí jednoho oka. Zbytečné čekání na vyšetření v řádech několika měsíců tak v některých případech může mít fatální důsledky,“ uvedla Magda Pravdová a pro naši redakci dodala, že další skupinu dětí, u nichž nelze s péčí otálet, jsou kojenci, kteří mají problémy s průchodností slzných kanálků.

„Jde o problematiku, kterou řeší jen velmi málo pracovišť a i zde platí, že zachycení a včasná léčba (cca do 6–8 měsíců věku dítěte) neprůchodnosti slzných kanálků je u kojenců rozhodujícím faktorem. Po uplynutí této doby je pak již nutné provádět zákrok na oku dítěte v narkóze, což je pro tak malý organismus zbytečná zátěž,“ upozorňuje ředitelka Pravdová, která je jedním z členů petičního výboru, a vysvětlila, proč byla petice adresována právě pražskému magistrátu.

Nízká podpora ze strany magistrátu

Jakékoli zdravotnické zařízení, které chce uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou, musí nejprve projít výběrovým řízením na magistrátu. Komise pak rozhodne, zda vydá doporučující stanovisko k uzavření smlouvy, či nikoli. Výběrového řízení se kromě žadatelů o smlouvu u pojišťovny



Ilustrační foto: Wikimedia

zúčastní čtyři rozhodci zastoupení odborníkem v dané problematice (například očním lékařem), zástupcem České lékařské komory, magistrátu a pojišťovny.

„Doporučující stanoviska jsou nesporná v případech čtyř souhlasících a žádného nesouhlasu nebo při poměru tři souhlasící versus jeden nesouhlas, třetí variantou je výsledek dva na dva, kdy rozhoduje hlas pojišťovny. Absolvovali jsme již několik výběrových řízení a ani na jednom z nich magistrát potřeboval dětských oftalmologických ambulantních zařízení neobhajoval, přestože na nedostatečnou kapacitu většinou vždy upozorňuje spolurozhodující oční lékař (zástupce České oftalmologické společnosti ČLS JEP).

Magistrát k těmto informacím dosud nepřihlížel a my prostřednictvím petice požadujeme písemné či ústní stanovisko, že bude podporovat uzavírání smluv s ambulantními poskytovateli oční péče pro děti,“ vysvětlila naší redakci Magda Pravdová.

Jde o smlouvy s pojišťovnami

Jde tedy o smlouvy se zdravotními pojišťovnami, z nichž jsou podle jejich slov k uzavírání smluv ochotné spíše menší pojišťovny. Stanovisko Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) naši redakci ozejmil její mluvčí Oldřich Tichý. „Protože neexistuje odbornost dětský oftalmolog, ale pouze jedna společná odbornost pro děti i dospělé (705 – oftalmologie), můžeme se bavit o dostatek či nedostatku oftalmologů jako takových. Konkrétně je v Praze nasmlouváno 157 pracovišť s odborností oftalmologie, což je více než 17% z celé republiky. Při přepočtu na počet obyvatel je evidentní, je to výrazně více než ce-

lorepublikový průměr,“ reagoval na obavu z nedostatku specializované oční péče pro děti mluvčí Tichý a dodal, že pokud klienti VZP mají v Praze problémy s dlouhým čekáním na péči oftalmologů, je VZP připravena jim pomoci.

„Je třeba si uvědomit, že nejde o péči, která by zachraňovala životy, takže by musela být dostupná akutně ihned a bez čekání. Klienti, kteří by měli pocit, že musejí čekat nepřiměřeně dlouho (několik měsíců), se mohou obrátit na pobočku VZP a pojišťovna jim zajistí péči v adekvátním časovém horizontu (jednotky týdnů). Pracovníci pražské pobočky VZP dnes ověřili situaci a u některých našich smluvních poskytovatelů jsou schopni se o pacienty postarat v rozmezí přibližně 7–10 dnů,“ popsal přístup VZP Oldřich Tichý. Tak krátkou lhůtu však dle petičníků dodržet nelze. „Z našich opakovaných šetření vyplývá, že děti do 5 let na komplexní oční vyšetření v takto krátké lhůtě žádná pracoviště neobjedná,“ uzavírá Magda Pravdová. **Petra Klusáková**

Švédové se v Praze učili metodiku protonové léčby

Proton therapy center (PTC) v Praze navštívila skupina 25 specialistů z prestižní švédské nemocnice v Gävle, která je zapojena do projektu budování protonového centra v Uppsale. Švédští lékaři se v Praze učili metodu tužkového skenování nádorů, kterou pražské protonové centrum používá třetím rokem.

Švédské protonové centrum přijme první onkologické pacienty v příštím roce. „Švédsko bude mít jedno spádové protonové centrum v Uppsale, kam budeme zhruba za rok vysílat pacienty z celé země. Nyní léčíme děti, v budoucnu rozšíříme terapii na karcinom prostaty, nádory hlavy a krku a rovněž v oblasti pánve,“ vysvětlil v Praze švédský radiční onkolog Per Edlund.

Doma nejsou proroky

Jak uvedl mluvčí PTC Vladimír Šulc, právě o mimořádně dobré výsled-

ky léčby pomocí protonů se švédští lékaři zajímali nejvíce. Podle jeho slov ocenili úroveň poskytované péče v PTC a podivili se, proč je pro české pacienty moderní léčba nedostupná.

„České centrum je nyní otevřeno pacientům z celého světa a pomáhá tak ostatním zemím, jež svá centra teprve budují, aby jejich pacienti měli otevřený přístup k revoluční léčbě rakoviny,“ uvedl mluvčí Šulc a dodal, že čeští protonoví specialisté mají dobré jméno ve světě, přesto většinu českých pacientů stále

léčit nemohou. Dosud neuzavřené jednání s VZP o zpřístupnění léčby podle něj znamená, že stovky nemocných musely vzít zavděk jinou, méně šetrnou metodou.

„Máte tu úžasnou technologii. Naše centrum v Uppsale bude stejně velké, takže jsme rádi viděli jeho vzor u vás. Viděli jsme vaše ozařovací plány, což nám pomůže do budoucna lépe posoudit vhodné pacienty pro léčbu,“ ozřejmili další švédský odborník, fyzik z nemocnice Gävle Per Hållström.

Sít' partnerů v oblasti biomedicíny se díky úspěšnému projektu rozšiřuje

Nově navázaná spolupráce napříč evropskými institucemi, stovky tuzemských i zahraničních stáží, desítky realizovaných seminářů a workshopů. Za těmito úspěchy stojí projekt Centrum pro inovace v biomedicině (CepIn), jehož nositelem je Lékařská fakulta UK v Hradci Králové.

Jak pro naši redakci uvedla Gabriela Štěrbová z oddělení Grantů a výzkumných projektů Lékařské fakulty UK v Hradci Králové, hlavním cílem projektu CepIn bylo vytvoření fungující sítě partnerů zejména v oblasti biomedicíny a usnadnění jejich vzájemné spolupráce v oblasti transferu informací a technologií.

Sít' partnerů z Královéhradeckého kraje tak vedle Lékařské fakulty UK tvoří Farmaceutická fakulta UK, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Fakulta informatiky a managementu Univerzity Hradec Králové a Technologické centrum Hradec Králové.

Univerzitní stáže

„Díky vybudované spolupráci s aplikační sférou projekt přispěl k rozšíření povědomosti firm působících v oblasti biomedicíny nejen v České republice, ale také v obdobných institucích v zahraničí. Mezi nejvýraznější a zároveň nejnáročnější aktivity projektu patřila organizace krátkodobých tuzemských a zahra-

ničních stáží akademických pracovníků a studentů doktorských studijních programů. Stáže byly realizovány na univerzitních a firemních výzkumných pracovištích v různých státech Evropské unie. Celkově se podařilo uskutečnit 68 zahraničních stáží a 288 stáží tuzemských,“ vyčetla Gabriela Štěrbová.

Za velmi hodnotný výstup projektu považuje také dohodu o spolupráci na poli vědy a výzkumu

(VaV) mezi Lékařskou fakultou UK v Hradci Králové a Hullskou univerzitou ve Velké Británii. „Byla uzavřena v roce 2013 a na základě vztahů mezi univerzitami se již podařilo dojednat naši účast na projektu HONEI (*Hum-ber Obesity, Nutrition, Education and Innovation*). Spolupráce s Hullskou univerzitou se nadále prohlubuje, což dokládá vznikající společný projekt v rámci programu „Horizont 2020“.



Foto: archiv CepIn

Směrem k evropskému výzkumu

Významnou aktivitou projektu bylo také „otevření dveří“ do dalších evropských výzkumných center a institucí. Jeho účastníci tak navštívili například AREA Science Park v Itálii, Netherlands Institute for Innovative Ocular Surgery v Nizozemsku, Univerzitu Sapienza v italském Římě, Univerzitu v St. Andrews ve Skotsku, Imperial College v Londýně, Sahlgrenska Academy na Göteborské univerzitě ve Švédsku, Petrohradskou státní univerzitu technologie a designu a další. „Aktivitou projektu bylo rovněž pořádání výročních konferencí, kam byli zváni zástupci akademiků i podnikatelů, ale také představitelé státní správy. V roce 2013 se konala již třetí výroční konference s názvem „Inovace v biomedicině“. Shrnula úspěšný projekt CepIn a nastínila směry další možné spolupráce. Jako významní hosté na ní vystoupili odborníci na transfer technologií z Velké Británie – Jonathan Cant z Hullské univerzity a dr. Ewan Chirnside z Univerzity v St. An-



Foto: archiv CepIn

draws,“ upozornila na významnou součást projektu Gabriela Štěrbová.

„Značným přínosem pro pracovníky v oblasti aplikačního i základního výzkumu v biomedicině byly odborné semináře a workshopy, jež se v rámci projektu CepIn hojně pořádaly, šlo například o témata jako veřejné zakázky ve VaV, základní statistická analýza dat, *good clinical practice training* – agenda a cíle v oblasti VaV, „štatnaté slajdy“, příprava a řízení projektu, nový občanský zákoník a mnoho dalších.

Přestože tento projekt, financovaný z Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost, končí 31. května 2014, navázané formy spolupráce budou nadále pokračovat a zapojené instituce udrží vytvořenou síť, v rámci které by mohl vzniknout další neméně úspěšný projekt.

(red)

FN u svaté Anny zefektivní ekonomiku analýzou velkých objemů dat

Technologie IBM umožňují Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně přesněji plánovat, navrhovat rozpočty a lépe využívat prostředky. Nemocnice tak téměř v reálném čase získává přesný přehled o péči poskytované pacientům a aktuálních nákladech.

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) každoročně ošetří bezmála 30 tisíc hospitalizovaných a více než půl milionu ambulantních pacientů. Provozuje třicet klinik, oddělení a ústavů, jež poskytují klinickou i preventivní péči prakticky ve všech oblastech medicíny. Její Mezinárodní centrum klinického výzkumu (ICRC) se specializuje zejména na léčbu kardiovaskulárních a neurologických one-

mocnění. V těchto oborech rovněž přispívá k mezinárodnímu lékařskému výzkumu.

Jak popisuje mluvčí FNUSA Šárka Urbánková, nemocnice využívá systém klasifikace pacientů založený na principu DRG (*diagnosis-related groups*, tedy skupin vztahovaných k diagnóze), který pacienty třídí podle diagnózy a dalších faktorů (pohlaví, věk, léčebné výkony, propuštění do domácího ošetření nebo případné komplikace).

„Bez moderních technologií z oblasti zpracování dat bychom se dnes jen těžko obešli. Detailní analýzy pomáhají efektivně poskytovat péči každému pacientovi. Současně nám umožňují účelně hospodařit, což je dvojnásob důležité v období, kdy situace ve zdravotnictví není jednoduchá. Soustředíme se zejména na hledání rezerv v napjatém rozpočtu,“ dodává ředitel FN u sv. Anny Martin Pavlík.

Kontrola nákladů i řízení

Tým čtyř specialistů divize IBM Global Technology Services – Integrated Technology Services pro FNUSA pomohl navrhnout, vyvinout a zprovoznit systém pro řízení a kontrolu nákladů. *Software* IBM umožňuje analýzu dat o pacientech a klinických i provozních dat. Podnikový plánovací systém IBM Cognos TM1 V9.5 pak vytváří a analyzuje sofistikované rozpočtové modely a předpově-

di. „Implementované řešení IBM využívá sjednocená data uložená na jediném úložišti a monitoruje klíčové ukazatele výkonnosti (KPI), jež přesně odpovídají požadavkům stanoveným Národním referenčním centrem. Díky tomu lze přesněji srovnávat výkonost nemocnice s ostatními zdravotnickými zařízeními,“ podotýká Šárka Urbánková.

Řešení zdokonaluje plánování a přípravu rozpočtů prostřednictvím důkladnějšího porozumění údajům o nákladech za léčbu a provoz. Zároveň zvyšuje obchodní výkonost díky vyšší efektivitě provozu a nákladů a díky rychlejší tvorbě záznamů rovněž urychluje rozhodování až o 80 %. To znamená zkrácení z několika hodin řádově na pouhé minuty. Fakultní nemocnice tak může dané řešení pohotově přizpůsobovat měnícím se potřebám. (tlu)

Antimonopolní úřad zrušil zadávací řízení Krajské zdravotní

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) zrušil prvoinstančním rozhodnutím tendr ústecké Krajské zdravotní na modernizaci a obnovu přístrojového vybavení cerebrovaskulárního centra a iktových center.

Důvodem je podle ÚOHS nedodržení postupu při otevírání obálek s nabídkami. Rozhodnutí je pravomocné, Krajská zdravotní má možnost podat rozklad do konce května.

Porušení podmínek transparentnosti

Krajská zdravotní vypsal veřejnou soutěž loni v červenci. Lhůta pro zaslání nabídek byla do konce září. K vlastnímu otevírání obálek s nabídkami mělo dojít bezprostředně po skončení této lhůty. „Zadavatel nezahájil otevírání obálek ihned po uply-

nutí lhůty pro podání nabídek, čímž nedodržel zásadu transparentnosti, přičemž tento postup mohl ovlivnit výběr nejvhodnější nabídky, a dosud nedošlo k uzavření smlouvy,“ uvedl antimonopolní úřad ke svému rozhodnutí. Úřadu se také nelíbilo, že Krajská zdravotní opravovala oznámení o vypsaní daného tendru ve Věstníku veřejných zakázek a v Úředním věstníku Evropské unie v odlišných termínech.

Neusnášeníschopnost

Reálně byly obálky s nabídkami otevírány až začátkem listopa-

du. Důvodem byla skutečnost, že devítičlenná komise jmenovaná k posouzení nabídek nebyla schopná se sejít dříve. Šest členů na svou funkci v komisi v září rezignovalo, taktéž dva náhradníci. Posléze se z termínu stanoveného pro otevírání obálek omluvili další dva členové a tři náhradníci. Navíc se někteří členové komise a náhradníci vůbec nevyjádřili, zda se otevírání obálek zúčastní, a nepotvrdili svou účast, přestože jde o jednu z podmínek transparentního výběru.

Odklad hodnocení

Otevírání obálek 30. září se nakonec účastnil pouze jeden člen komise, který se s uchazeči i zá-

nejkratším čase tak, aby nebylo možné jakkoli manipulovat s nabídkami,“ uvedl úřad. Krajská zdravotní se ovšem hájí tím, že při tak kritickém stavu komise nebylo možné jednat jinak. Antimonopolní úřad také upozornil na změny kritérií některých poptávaných zakázek v průběhu výběrového řízení. Tendr za téměř sto milionů tak svým rozhodnutím zrušil. (ISO)



Masaryková nemocnice Ústí nad Labem. | Foto: Martin Siebert/Euro

Baťova nemocnice zastavila propad v hospodaření

Zlínská Krajská nemocnice T. Bati (KNTB) má poprvé od roku 2008 reálný hospodářský výsledek v kladných číslech. Podařilo se tak zastavit propad, který činil za stejná čtvrtletí minulých let desítky milionů korun.

Podle propočtů by měl zisk nemocnice za první čtvrtletí tohoto roku dosáhnout 4,7 milionu korun.

Novému vedení se daří

„Je to dobrá zpráva pro všechny, kteří nemocnici podporují, pro pacienty, zaměstnance, dodavatele i zřizovatele. Novému vedení se daří uskutečňovat soubor změn v oblasti provozní, ekonomické, obchodní, personální a systému řízení, což vede k lepšímu hospodářským výsledkům,“ uvedl ředitel KNTB Pavel Calábek. Podle jeho názoru nemocnici pomohlo zavedení elektronických aukcí, vícestupňové kontroly vykazování výkonů vůči zdravotním pojišťovně a také uskutečnění řady personálních změn na klíčových postech. V neposlední řadě má na dobrý výsledek vliv i nová úhradová vyhláška.

„Samozřejmě nadále dodržujeme striktní úsporná opatření v rámci investic a nákupu přístrojů. V této oblasti se zaměřujeme jen na nutnou obnovu havarijních stavů ne-

bo se spoluúčastí dotačních titulů,“ uvedl ředitel Calábek.

Lepší vyjednávací podmínky

I přes úsporná opatření se nemocnici povedlo obhájit status onkologického, iktového, perinatologického a kardiovaskulárního centra. Jako jediná nemocnice v kraji také poskytuje péči ve všech specializovaných oborech 24 hodin denně. V roce 2013 v ní bylo hospitalizováno na 40 tisíc pacientů.

V dubnu nemocnice od svého zřizovatele – Zlínského kraje – obdržela úvěr ve výši 140 milionů. Tyto peníze byly použity na úhradu závazků dodavatelům, což zkrátilo dobu splatnosti pohledávek o pět měsíců. „To nám dává pro další období výrazně lepší vyjednávací podmínky vůči dodavatelům,“ upozornil Pavel Calábek. Snižovat dluhy se nemocnici daří i vůči společnosti, která restrukturalizuje její pohledávky vůči dodavatelům; nyní tyto závazky činí 6 milionů korun.

(ISO)

Modernizace v Rychnově, nový tendr v Náchodě

Zateplení pláště hlavní budovy a výměnu oken chystá Královéhradecký kraj v Nemocnici Rychnov nad Kněžnou, úpravy proběhnou i v interiéru na ortopedii a chirurgii. Kraj také vypsal nové výběrové řízení na vypracování projektové dokumentace přestavby Oblastní nemocnice Náchod.

Hledání úspor

Budova Nemocnice Rychnov nad Kněžnou byla postavena ve 30. letech 20. století, proto ji kromě zateplení neminou ani nové rozvody vody a kanalizace, opraveny mají být také podlahy a omítky. „Nemocnici rekonstrukce přinese zejména úsporu provozních nákladů. Navíc se zvýší komfort pacientů, protože zmenšené nemocniční

pokeje budou mít méně lůžek. Díky nové fasádě se zlepší i vzhled budovy,“ uvedl krajský radní pro oblast investic Josef Dvořák. Předpokládané náklady jsou odhadovány na 36 milionů korun, přičemž téměř 9 milionů pokryje dotace z Operačního programu Životní prostředí.

Nová dokumentace

Královéhradecký kraj dále vypsal

novou veřejnou soutěž na zpracování projektové dokumentace pro miliardovou přestavbu Oblastní nemocnice Náchod. Původní tendr byl v březnu zrušen. Vítěz výběrového řízení bude provádět autorský dozor na stavbě. Cena zakázky by neměla přesáhnout 15 milionů korun. Radní Dvořák upřesnil, že kraj plánuje začátek přestavby na konec roku 2015. (ISO)

Čeká nemocnici Hustopeče převod pod kraj?

Jihomoravský kraj by mohl provozovat Městskou nemocnici Hustopeče. Dosavadním zřizovatelem je město Hustopeče, to však dlouhodobě čelí ekonomickým problémům v hospodaření a hledá provozovatele a nájemce.

Město nemocnici přetrasformovalo na akciovou společnost. Kraj chce zabránit pronájmu nemocnice soukromému subjektu.

Nemocnice ve ztrátě

Jihomoravský hejtmán Michal Hašek (ČSSD) potvrdil záměr kraje, aby nemocnice zůstala veřejná. O dalším postupu chce jednat

s KDU-ČSL coby koaličním partnerem. Podle hustopečského starosty Luboše Kuchynky (ODS) měla minulý rok nemocnice ztrátu více než 7 milionů korun. „Taková ztráta je pro město tíživá, a proto hledáme ekonomicky i odborně zdatné partnery,“ uvedl starosta Kuchynka. Město vyhlásilo výběrové řízení na provozovatele nemocnice

v květnu. Hejtmán předeslal, že pokud by kraj uspěl, vzala by si zařízení v Hustopečích na starost některá z krajských nemocnic. „Umožnilo by to další posílení větší spolupráci Hustopeč s okolím, například s Břeclaví, Znojmem nebo Ivančicemi,“ uvedl Michal Hašek.

(ČTK, ISO)

Švýcarsko: Boj za jedinou pojišťovnu nekončí

Přes opakované prohry se část švýcarského obyvatelstva nehodlá vzdát myšlenky na zásadní změnu systému zdravotního pojištění.

Ten dnes tvoří desítky zdravotních pojišťoven různé majetkové právní formy – od komerčních společností (provozujících i jiné druhy pojištění) přes neziskové organizace až po veřejnoprávní instituce. Parlament nedávno znovu odmítl tzv. lidovou iniciativu, která úporně prosazuje zrušení současných vzájemně si konkurujících pojišťoven a zřízení pouze jediné národní veřejnoprávní pojišťovny, jež by měla kantonální pobočky. Nicméně lékařská komora podpořila, aby se o této záležitosti znovu hlasovalo letos na podzim. Za občanskou iniciativou totiž stojí i mnozí zdravotníci a některé zdravotnické subjekty.

Lobbisté místo péče

Jak komora konstatuje, uvnitř lékařského stavu se po dlouhé diskusi – zvažování argumentů pro a proti – potvrdilo, že jednotliví lékaři mají na tuto věc velmi

rozdílné názory, avšak dvě stovky zástupců komory delegovaných k rokování členy doporučily politikům toto téma znovu projednat.

Občanskou iniciativu, jež chce odmítnout nynější „pseudokonkurenci zhruba šedesáti pojišťoven, jež namísto péče o zdraví populace utrácí peníze mimo jiné na své parlamentní lobby a tím neustále zdražují pojistné“, tvoří dvacítko organizací. Patří mezi ně pacientská sdružení, ale také například některé organizace lékařníků, lékařů, porodních asistentek a ošetřovatelského personálu. Záměr zřídit jednu národní pojišťovnu pro zdravotní a nemocenské pojištění pak podporují také mj. sociální demokraté a strana zelených.

Méně administrativy i peněz

Švýcarsko se dlouhodobě přesvědčuje o tom, že konkurence mezi

pojišťovnami (mohou mít rozdílné sazby pojištění, nabízet nižší pojistné těm, kdo přistoupí na vyšší spoluúčast aj.) nevede ke zlevnění systému, neboť sazby pojištění celkově každoročně rostou. Tento fakt nikdo nepochybně ovšem část politiků zjednodušení systému v podobě jedné veřejnoprávní pojišťovny odmítá s tím, že by pak leccos bylo ještě horší než dnes.

Lékařský výbor vytvořený v rámci iniciativy bojující za jednu pojišťovnu ovšem ujišťuje obyvatelstvo, že výhody jediné pojišťovny by převážily. Pokud by došlo k většímu sjednocení sazeb pojištění (aby byly jednotné alespoň na území jednotlivých kantonů), bylo by možné lépe regulovat ekonomickou stránku systému, snížila by se administrativní zátěž (nyní musejí lékaři komunikovat s 60 pojišťovnami s některými rozdílnými podmínkami) a také by odpadly nesmyslné náklady na agresivní reklamu, lobbying či provize placené za získání nových pojistěnců,



Ilustrační foto: Shutterstock

argumentují zástupci občanské iniciativy.

Pacientské organizace zejména zdůrazňují, že změnou by se systémem stal nesporně solidárnějším, protože dnes například bohatší a zdravější pojistěnci mohou zvolit nižší sazby pojištění a při nečerpání péče neplatí příliš ani formou spoluúčasti (i když zčásti si ji musejí předplatit).

O pár hlasů

V současné době si mohou pojišťovny do jisté míry samy zvolit výši pojistného, i když pod státní kontrolou. Pokud by byla zřízena jedna pojišťovna s kantonál-

ními pobočkami, počítá se s tím, že sazby pojistného by určily jednotlivé kantony v rámci mantinelů zákona o veřejném pojištění. Zastánci změny zdůrazňují, že i při jedné pojišťovně by zůstala zachována svobodná volba lékaře a zdravotnických zařízení, stejně tak by prý mohly existovat určité varianty v pracovních přístupech kantonálních pojišťoven.

Poslední hlasování v parlamentu ukázalo, že pro změnu systému byla téměř polovina politiků; iniciativa tak tentokrát prohrála jen o několik hlasů.

Vladimíra Boškova

Curyšské nemocnice čeká hlubší kontrola

Kanton Curych zveřejnil plán jím schválených a finančně podporovaných nemocnic s účinností od příštího roku, k němuž se dotčené subjekty ještě mají možnost vyjádřit.

Jak uvádí ředitel zdravotního odboru Thomas Heiniger, některá ústavní pracoviště loni nesplnila stanovený minimální roční počet léčených případů, a proto do budoucna ztratí oprávnění provozovat určité výkony. Jde o desítky pracovišť napříč různými obory (chirurgie, neurologie, ORL, gynekologie aj.). Kanton ovšem ještě hodlá zpřísnit pravidla tak, že minimální počet výkonů provedených za rok by se měl vztáhnout i na jednotlivé lékaře, zejména co se týče operací.

Audity na obzoru

Curyšské nemocnice rovněž čeká více kontrol, jimiž stát hodlá důsledně v praxi prosadit povinnost zařízení přijímat všechny pacienty bez rozdílu, ať jsou pojištěni ve veřejnoprávním systému nebo komerčně. V průměru podle státní statistiky tvoří pacienti pojištění pouze v základním veřejném pojištění 75 % klientely nemocnic, ovšem u některých lůžkových zařízení jejich podíl činí jen 18 %. Kanton si chce pomocí auditů ověřo-

vat, zda jde jen o náhodný jev, nebo zda některé ústavy diskriminují chudší pacienty či méně lukrativní ve vztahu k DRG úhradám. Audity čekají zejména ta zařízení, jež vykazují méně než 50 % příjem pacientů pojištěných jen ve veřejnoprávním systému.

Thomas Heiniger rovněž avizuje, že nemocnice se stanou ještě transparentnějšími pro pacienty, než je tomu v současnosti, a to prostřednictvím zveřejňování srovnání kvality výsledků jejich činnosti. Avšak již dnes kanton publikuje o jednotlivých zdravotnických zařízeních mnohá data, jež mj. vypovídají o úrovni péče či míře zkušeností personálu. Občané si například sami mohou porovnat, kolik a jakých výkonů jednotlivé ústavy provádějí a zda se pohybují kolem průměru, nebo se od něho odchylojí v pozitivním či negativním slova smyslu. Curych v dalších letech podpoří výzkum v oblasti srdeční chirurgie, neurologie a neurochirurgie, hodlá také zpřesnit definici a financování některých výkonů u těchto oborů.

(vla)

Asistovaná sebevražda opět v centru pozornosti

Více než 6 let se curyšští politici pokoušejí vypořádat s asistovanou sebevraždou, kterou do jisté míry toleruje (na rozdíl od eutanazie) švýcarský trestní zákoník.

Média nyní informují o tom, že si kantonální vláda klade otázku, zda některé náklady související s asistovanou sebevraždou mají i nadále nést daňoví poplatníci, nebo by je bylo vhodnější přenést na organizace doprovázející umírající, případně na pozůstalé.

Členské příspěvky

Případy asistované sebevraždy totiž podléhají určitým úředním úkonům (například evidenci), nebo jsou dokonce podrobovány trestnímu šetření – stát pak musí financovat činnost policie, státního zastupitelství, úkony soudních lékařů aj.

Do diskuse byl předložen návrh, aby alespoň v případech cizinců přijíždějících do Švýcarska kvůli „snazší smrti“ tyto částečné náklady nesly organizace, které

pomáhají asistovanou sebevraždu zajistit (zejména Dignitas, jež se „turistice za smrti“ rozhodně nebrání).

Ostatně už dnes se osoby chystající se zemřít rychleji pomocí přípravku se smrtelnými účinky finančně spolupodílejí – musejí příslušné „pomáhající“ organizaci zaplatit tzv. členský příspěvek (ten u organizace Exit činí ročně nejméně 900 švýcarských franků).

Více právníků, více názorů

Záležitostí se zabývali právníci, ale neshodli se (médiu v této souvislosti zmínila anekdotu, podle níž mají tři právníci čtyři názory). Někteří poukázali na sporné body, například je podle nich nepřipustné činit rozdíly mezi Švýcary a cizinci – šlo by o nerovné právní

postavení (Švýcarsko by muselo u cizinců asistovanou sebevraždu zakázat, což se zatím nepodařilo). Není také jasné, zda lze účtovat náklady organizaci, pokud asistovanou sebevraždu zajišťují jednotlivé fyzické osoby.

Právníci předložili i názor, podle něhož kanton nemůže sám (bez federálního parlamentu) přijmout tak zásadní zákonné opatření. Nicméně média tvrdí, že kanton St. Gallen zatížil některými náklady pozůstalé, pokud neprobíhá trestní řízení (jež financuje stát), ale jedná se pouze o jiné úřední úkony.

Záměr vnést do oblasti asistované sebevraždy nová pravidla prostřednictvím novely curyšského zákona o zdraví tak zatím zůstal „otevřený“, uvádí například *Tages Anzeiger*.

(vla)

Regulace nezdravých potravin jako u cigaret?

Organizace Consumers International (CI) a World Obesity Federation (WOF) vydaly prohlášení požadující, aby byl potravinářský průmysl regulován podobně jako tabákový, protože obezita podle nich představuje větší riziko pro lidské zdraví než cigarety.

Zatímco v roce 2005 si nadváha a obezita vyžádala ve světě 2,6 milionu lidských životů, v roce 2010 to bylo již 3,4 milionu obětí.

Jako v 60. letech

CI společně s WOF nabádá vlády, aby zpřísnily pravidla pro nezdravé potraviny a přijaly obdobná opatření, jaká platí u tabákových výrobků, včetně například varovných obrázků na balení, jež ukazují dopady obezity na lidský organismus (podobně jako cigaretové krabičky ukazují dopady kouření). Dále organizace požadují povinné snížení obsahu soli, nasycených tuků a cukru v potravinách, zlepšení kvality jídel podávaných v nemocnicích či školách, zpřísnění pravidel pro reklamu na potraviny a zvýšení důrazu na vzdělávání obyvatel v oblasti zdravé výživy. Rovněž

navrhují zvýšení daňové zátěže u některých výrobců.

„Chceme se vyhnout situaci, již známe z 60. let minulého století, kdy tabákový průmysl přesvědčoval spotřebitele, že na cigaretách není nic závadného či škodlivého, aby se o 30 let později zjistilo, že na následky kouření umírají miliony lidí,“ říká Luke Upchurch z Consumers International, podle něhož by nová pravidla měla platit ve všech zemích a ne na dobrovolné bázi, jako je tomu dnes. Jako příklady dobré praxe uvedl opatření, která přijaly například Brazílie či Norsko.

Průmyslníci: Už děláme dost

Podle lékaře a zakladatele britského odnože National Obesity Forum dr. Iana Campbella jsou požadavky přednesené CI a WOF „ro-

zumné a praktické“. „Změny se dá dosáhnout pouze tehdy, pokud vlády přijmou svou odpovědnost a zájmy spotřebitelů nadřadí zájmům výrobců,“ podotýká Ian Campbell. „Hlavní rozdíl mezi regulací tabákových výrobků a potravin spočívá ve skutečnosti, že jídlo na rozdíl od cigaret potřebujeme, abychom přežili. Nicméně pravdou zůstává, že obezita představuje masového zabijáka a pouze opatření na vládní úrovni povedou ke snížení jejího výskytu,“ upozorňuje lékař.

„Pokud by byla obezita infekční nemocí, byli bychom svědky milionových investic do nejrůznějších opatření, která by ji měla dostat pod kontrolu. Ale protože je obezita způsobena především konzumací tučných a sladkých jídel, zákonodárci nemají vůli vstoupit do zájmů výrobců a pro-

pagátorů takových potravin,“ říká dr. Tim Lobstein z World Obesity Federation.

Zástupci potravinářského průmyslu se nicméně brání tím, že vý-

robci již v současnosti přijímají množství opatření, jež mají přispět k propagaci zdravého stravování, navíc řada společností úzce spolupracuje s vládami a zdravotnickými organizacemi na nejrůznějších programech pro zdravou výživu. „Snižujeme obsah soli či saturovaných tuků a kalorií v našich produktech, navíc zkvalitňujeme a zpřehledňujeme obsah živin na obalech výrobků, propagujeme zdravé stravování a fyzickou aktivitu,“ ujišťuje mluvčí Food and Drink Federation Terry Jones.

(Zdroj: BBC)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Krátce ze světa

• Střední délka života se podle údajů **Světové zdravotnické organizace (WHO)** od roku 1990 celosvětově zvýšila. Dítě narozené v roce 2012 tak může dle propočtů WHO žít průměrně o 6 let déle než člověk, který přišel na svět v roce 1990. Nadále platí, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. Rekordmankami jsou Japonky, jejichž naděje dožití činí 87 let. Následují Španělky a Švýcarky. Mezi muži vedou s 81 lety Islandané, na druhé a třetí příčce se umístili Švýcaři a Australané. Česká republika se do první desítky nedostala, od roku 1990 si ovšem muži i ženy výrazně polepšili (ženy ze 75 na 81 let a muži z 68 na 75 let). Největší pokrok WHO zaznamenala mezi lety 1990 a 2012 v rozvojových zemích, kde střední délka života stoupla v průměru o 9 let. „Důležitým faktorem je snížení dětské úmrtnosti,“ poznamenala generální ředitelka WHO Margaret Chanová. „Mezi chudými a bohatými zeměmi však stále existuje obrovská propast,“ doplnila.

• Předseda Evropské komise José Barroso oznámil, že **Evropská unie (EU)** do roku 2020 každoročně podpoří 25 miliony eur očkovací

programy především v rozvojových zemích. Oproti dosavadní praxi se jedná o více než dvojnásobné navýšení částky. EU podporuje především GAVI Alliance, Světovou zdravotnickou organizaci (WHO), Dětský fond OSN (UNICEF), Světovou banku, ale i farmaceutické společnosti.

„Je naprosto nepřijatelné, aby ročně umíralo přibližně 1,5 milionu dětí v důsledku nemoci, jimž by se dalo zabránit jednoduchým očkováním,“ komentoval rozhodnutí EU José Barroso.

• Organizace Amnesty International varovala, že **syřským** uprchlíkům se nedostává potřebné lékařské péče. Někteří se tak raději vracejí zpět do své vlasti. V současnosti žije v Libanonu více než milion Syřanů, kteří sem utekli před konfliktem v rodné zemi, každý měsíc sem přichází dalších asi 50 tisíc uprchlíků. Libanonská zdravotnická zařízení jsou však v soukromých rukách, a tak si pacienti musejí péči hradit. Ošetření Syřanů sice dotuje Úřad vysokého komisaře OSN pro uprchlíky (UNHCR), kvůli snižujícím se finančním prostředkům ovšem musel omezit do-

tace pouze na primární péči a léčbu život ohrožujících stavů. OSN požádala mezinárodní dárce o pomoc pro syřské uprchlíky ve výši 4,2 miliardy dolarů, dosud se však podařilo vybrat pouze 24 % této částky. Organizace varovala, že pokud mezinárodní společenství Libanonu s uprchlíky nepomůže, hrozí zhroutení křehké stability v zemi.

• Kontroverzní zákon zaměřený na pacienty s HIV/AIDS přijal **ugandský** parlament. Mimo jiné stanovuje, že nemocný, který nakazí svého partnera, může dostat trest odnětí svobody v délce až 10 let. Zdravotníci pak v případě HIV-pozitivních nebudou muset dodržovat lékařské tajemství – o tom, že se pacient virem infikoval, budou moci informovat i bez jeho svolení. Lékařka Margaret Mungherelaová zákon označila za škodlivý a obává se, že bude znamenat krok zpátky ve snahách zdravotníků bojovat se šířením HIV. „Testu na přítomnost viru se nyní podrobí mnohem méně lidí než dříve,“ upozorňuje. S HIV/AIDS v současnosti žije 1,5 milionu Ugandanů, což představuje asi 7,3 % celkové počtu obyvatel.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

MSF vyzvali k urychlené akci proti TBC

U příležitosti zasedání Světového zdravotnického shromáždění, jež má na programu přijetí plánu pro boj s tuberkulózou (TBC) na příštích 20 let, Lékaři bez hranic (MSF) vyzvali vlády, aby se intenzivně zaměřily na zlepšení diagnostiky a léčby rezistentní TBC už v příštích 12 měsících.

Pacientka organizace Phumeza Tisileová, která přežila boj s rezistentní TBC, předala delegátům manifest „Vyšetř mě a uzdrav“ – výzvu pacientů a jejich lékařů k okamžité akci pro zlepšení chmurných vyhlídek, jimž dnes pacienti s rezistentní TBC čelí. Manifest podepsalo více než 53 tisíc lidí z celého světa (247 z ČR), z toho 800 pacientů s touto nemocí a 1500 lékařů a ošetřovatelů.

80 % bez diagnózy

„Velmi vítáme ambiciózní cíle pro boj s TBC až do roku 2035, ale zletitý plán nemůže zachránit životům, kteří právě teď umírají, protože jim chybí diagnostika a léčba,“ uvedl výkonný ředitel kampaně MSF Access Manica Balasegaram. „Vlády nemohou pouze připojit svůj podpis na linku a pak celý rok sedět se založenými rukama. Jako důkaz svého odhodlání dosáhnout předsevzatých cílů musejí pracovat na sniže-

ní úmrtnosti na rezistentní TBC už v příštích 12 měsících. Přinejmenším je třeba ukončit čekání na smrt tisíců lidí diagnostikovaných s rezistentní TBC, kteří nemají přístup k řádné léčbě.“

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) nezahájilo v roce 2012 léčbu nejméně 17 tisíc lidí s rezistentní TBC. Počet diagnostikovaných pacientů je navíc jen zlomkem v počtu odhadovaných nemocných – až 80 % osob pravděpodobně není diagnostikováno vůbec. Náladná dvouletá léčba se závažnými vedlejšími účinky je navíc úspěšná pouze v polovině případů.

Pro boj s TBC jsou podle MSF nutné zapotřebí nová, kratší, efektivnější a cenově dostupná léčebná schémata. Jen tak bude možné mít nemoc pod kontrolou a považovat ji za vyléčitelnou. Výzkumné možnosti jsou však podmíněny výrazně vyšším financováním ze strany států.

(Zdroj: MSF)

(kha)

ZE ZAHRANIČÍ

MERS se může šířit i prostřednictvím zahraničních zdravotníků

Nebezpečí, že se z koronaviru MERS stane globální epidemie, zvyšují podle amerického infektologa ve velké míře sami zdravotníci.

Saúdskoarabská vláda začala před několika lety najímat lékaře a sestry ze zahraničí a nabídla jim velmi lukrativní posty. A právě tyto zdravotníky, kteří se po několika týdnech, ale i letech vracejí zpět domů, představují podle infektologa Ameshe Adalji z Pittsburské univerzity z hlediska šíření MERS poměrně významné riziko. „Přesně takto se může koronavirus po světě rozšířit,“ říká dr. Adalja a zdůrazňuje, že trvá 5–14 dní, než nakažený jedinec začne vykazovat známky infekce, a je proto možné, že může letět na druhý konec světa, aniž by u něho byla nákaza zjištěna. „Zdravotníci mají ve srovnání s ostatními lidmi mnohonásobně vyšší pravděpodobnost, že se koronavirem MERS nakazí,“ upozorňuje Amesh Adalja.

Není mnoho možností

Právě první dva nakažení ve Spojených státech amerických byli zdravotníci, kteří onemocněli krátce poté, co se vrátili z pracovního pobytu v Saúdské Arábii. Podle Světové zdravotnické organi-

zace (WHO) tvořili lékaři a sestry třetinu všech nakažených, kteří se léčili v nemocnicích v saúdskoarabské Džiddě.

I přes tyto informace zahraniční zdravotníci i nadále do nejvíce postižené země za prací cestují. Ani mezinárodní zdravotnické organizace zatím před touto praxí nevarovaly. „Není toho mnoho, co můžete udělat. Jistě, celníci se vás na hranicích mohou optat, zda jste pracovali v některé ze saúdskoarabských nemocnic, ale co dál, když bude odpověď znít ano?“ uvažuje infektolog Michael Osterholm z Minnesotské univerzity. „Zdravotníci navíc mají velmi dobré informace o tom, jak velké riziko MERS představuje a jak vypadají jeho symptomy,“ je přesvědčen dr. Osterholm.

Půl milionu ročně

Podle zprostředkovatelských agentur působí v saúdskoarabských zdravotnických zařízeních přibližně 15 % lékařů z Evropy či Ameriky, okolo 40 % sester pak pochází především z Malajsie a Filipín. Většina amerických

zdravotníků získá v zemi smlouvu na 2 roky. Saúdskoarabská vláda totiž v posledních letech masivně investuje do výstavby zdravotnických zařízení (zatímco v roce 2008 vydala na zdravotnictví 8 miliard dolarů, v roce loňském to bylo 27 miliard) a potřebuje především sehnat personál. Lékaři v lukrativních oborech (jako je například kardiologie či onkologie) si mohou za 2 roky vydělat až milion dolarů, u sester ve velké míře záleží na zemi původu. Zatímco Američanky či Kanaďanky ročně vydělávají okolo 60 tisíc dolarů, mzda filipínských sester dosahuje asi 12 tisíc dolarů za rok. Zahraniční zdravotníci pak mají obvykle zajištěno ubytování, cestu zdarma domů a 10 týdnů dovolené ročně.

Zájem neopadá

Právě velmi výhodné podmínky jsou hlavním důvodem, proč zájemci o práci v Saúdské Arábii nechtějí tuto nabídku odmítnout. Podle vyjádření zástupců torontské agentury Helen Ziegler & Associates se jediný ze stovek zdra-



Univerzitní nemocnice krále Abdulazize v Džiddě. | Foto: almsal.com

votníků, jimž tato společnost práci v Saúdské Arábii zprostředkovala, rozhodl vrátit zpět domů před vypršením kontraktu právě kvůli MERS a jedna ze zájemkyň o zaměstnání odmítla pozici v nemocnici v Džiddě. Obdobný postoj zaznamenávají i ostatní zprostředkovatelské firmy. Zahraniční zdravotníci v saúdskoarabských nemocnicích jsou přesvědčeni, že zdejší úřady přijímají dostatek potřebných kroků,

aby šíření MERS ve zdravotnických zařízeních zabránily. „Zrovna dnes někdo v naší nemocnici vyvěsil obří plakát s informacemi o MERS,“ říká pediatr Taher Kagalwala, který do země přijel z Bombaje a nyní pracuje na západě Saúdské Arábie. „Neznám nikoho a ani jsem neslyšel o nikom, kdo by se chtěl kvůli koronaviru vrátit zpátky domů,“ uzavírá lékař.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Nenápadné hrdinky boje s dětskou obrnou v Indii

Ještě před několika lety připadala polovina z celkového počtu případů dětské obrny na Indii. Dnes země patří oficiálně mezi státy, kde se tato nemoc nevyskytuje. Obrovskou zásluhu na tom mají zdejší dobrovolnice, které procházely křížem krážem Indií a očkovaly všechny děti mladší 5 let.

Od roku 1995, kdy v zemi zahájila činnost Pulse Polio Initiative zaměřená právě na eradikaci dětské obrny v Indii, bylo dětem aplikováno 12,1 miliardy očkovacích látek.

Bez finanční motivace

Jednou ze stovek tisíců žen, jež se do kampaně zapojily, je i 57letá Sita Deviová, která každý den urazí několik kilometrů, aby především dětem v odlehlých venkovských oblastech a uzavřených komunitách podala vakcínu. Nyní jí však dělá starosti otázka jak přesvědčit rodiče o nutnosti opakovaného očkování proti dětské obrně. Mnoho z nich jej totiž považuje za zbyteč-

né, když se nyní již nemoc v zemi nevyskytuje.

„To je pro nás nový problém, s nímž se musíme vypořádat velmi citlivě. Lidé prostě musejí pochopit, proč jejich dětem dáváme kapky znovu,“ potvrzuje Rajesh Singh z regionálního zdravotnického úřadu v oblasti Allahabad, který se podílí na organizaci a školení žen provádějících vakcinaci. „Jejich motivací nejsou peníze, cítí se své práci a svému poslání naprosto oddány,“ dodává Rajesh Singh. Laické zdravotnice si vydělávají přibližně 4 tisíce rupií měsíčně (asi 1320 Kč) plus necelých 30 Kč za každou „výpravu“ do terénu.

Sita Deviová se do programu zapojila po zkušenostech z vlastní rodiny – dětskou obrnou onemocněl její malý synovec, který kvůli ní nebyl schopen chůze ani se o sebe postarat.

„V roce 1998 jsem poprvé zaslechla o kampani proti dětské obrně. Šla jsem se proto zeptat do místního zdravotního střediska, zda mohou mého synovce vyléčit, a bohužel mi sdělili, že očkování mu už nepomůže, že však působí jako prevence. Byla jsem tou zprávou hrozně zklamaná, ale právě to rozhodlo, že jsem se k boji proti obrně přidala,“ vzpomíná Sita Deviová.

Obrnové tetý

V současnosti tato žena navštěvuje především nejchudší oblasti v regionu, kde lidé žijí bez základních hygienických potřeb, elektriny i pitné vody. Díky přátelské povaze se jí daří velmi záhy navázat kontakt s rodinami a získat si jejich důvěru.

„Pro lidi je snazší mi důvěřovat, když si s nimi nejprve popovídám o jejich starostech. Poté jim lehce vysvětlím, jak mohou chránit své děti před obrnou, která by pro ně mimo jiné znamenala výraznou zátěž,“ popisuje Sita Deviová. Vesnicí či slumem ji vždy doprovází houf dětí, které prosí o slad-

kosti, jež vozí s sebou, a nazývají ji „obrnovou tetou“.

Vládní iniciativy a programy se v Indii kvůli všudypřítomné korupci setkávají u obyvatel s vysokou mírou nedůvěry. Sita Deviová však zdůrazňuje, že kampaň pro boj s dětskou obrnou je v tomto ohledu světovou výjimkou. Lidé do ní zapojení pracují s nadšením.

„Bylo by hezké, kdyby nám vláda platila více, ale i když se tak nestane, budu v práci pokračovat,“ potvrzuje další z očkovajících žen Ritu Tripathiová, která kvůli výpravám do odlehlých oblastí musela přes týden přenechat péči o vlastní děti a domácnost na své matce – domů se totiž vrací jen na víkendy, protože častěji si cestu vlakem nemůže dovolit.

„Musíme tvrdě pracovat, abychom dětskou obrnu skutečně porazili. Odpočinek si nemůžeme dovolit, pokud chceme zůstat i nadále zemí, v níž se nemoc nevyskytuje,“ uzavírá Sita Deviová.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Čeští kardiologové získali výroční cenu WHO

V sídle Světové zdravotnické organizace (WHO) v Ženevě proběhlo v rámci 66. valného shromáždění WHO dne 22. května slavnostní předání výročních cen této organizace. Hlavní cenu za přínos ke zlepšení veřejného zdraví světové populace získala Česká kardiologická společnost (ČKS).

Čeští kardiologové získali tuto prestižní cenu (Dr. Lee Jong-Wook Memorial Prize for Public Health) za celosvětový přínos k léčbě akutního srdečního infarktu a za originální výzkumné výsledky s přímým dopadem na léčebnou praxi ve světě.

V sále v Paláci národů byli slavnostně předáni za českou stranu přítomní Mgr. Gita Vašíčková (z odboru mezinárodních věcí a Evropské unie Ministerstva zdravotnictví ČR) a Kateřina Sequensová (velvyslankyně ČR ve Švýcarsku a stálá představitelka ČR při OSN v Ženevě). Za omluvného předsedu České kardiologické společnosti prof. MUDr. Petra Widimského, DrSc., FESC,

cenu převzal vědecký sekretář ČKS prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc., FESC.

Špička ve svém oboru ve světovém měřítku

WHO vybrala mezi dalšími návrhy na udělení této ceny návrh podaný v lednu letošního roku ministrem zdravotnictví ČR MUDr. Martinem Holcátem, MBA.

Ve vítězném návrhu se mj. uvádějí následující fakta:

- ČKS byla založena 1929 a je druhou nejstarší odbornou kardiologickou společností v Evropě a třetí nejstarší na světě.
- S počtem 2276 členů sdružených do 16 pracovních skupin patří ČKS v rámci Evropy me-

zi větší odborné kardiologické společnosti.

- Navzdory malé velikosti ČR si ČKS vybudovala prestižní postavení mezi vedoucími kardiologickými společnostmi ve světě a významně se podílí na rozvoji nových metod prevence, diagnostiky i léčby kardiovaskulárních onemocnění.
- ČKS má velmi dobře propracovaný systém vzdělávání lékařů (kongresy, sympozia, odborný časopis *Cor et Vasa*, granty pro mladé lékaře atd.).
- V letech 1996–1997 ČKS výrazně podpořila revoluční návrh na nový postup v léčbě infarktu (protokol studie PRAGUE-1), a to i přes výhrady mnoha kon-

zervativních členů medicínské komunity. Tato studie vedla k sérii dalších studií i v zahraničí, které potvrdily prioritní výsledky studie PRAGUE-1.

- V roce 2002 ČKS jako první odborná společnost na světě zveřejnila v časopisu *Cor et Vasa* revoluční doporučení k léčbě akutního srdečního infarktu – primární koronární angioplastika se stala základem léčby, a to i u nemocných, kteří jsou na tento výkon transportováni na delší vzdálenosti.

- Následně bylo realizováno celkem 19 originálních akademických studií pod akronymem PRAGUE, 13 z nich bylo prezentováno v hlavních sekcích nej-

prestižnějších světových kongresů a čeští kardiologové jsou v tomto směru zcela ojedinělí i ve světovém měřítku.

- Čeští kardiologové měli též rozhodující podíl na založení celoevropského projektu „Stent for Life“ (profesor Petr Widimský byl v roce 2008 zakládajícím předsedou tohoto projektu, současným předsedou je další člen výboru ČKS MUDr. Petr Kala, Ph.D., FESC).
- Výsledkem těchto aktivit je, že tisíce nemocných s akutními srdečními infarkty na celém světě jsou dnes léčeni nejmodernějšími postupy a úmrtnost klesla na dříve pro infarkt neuvěřitelných 5%.
- Poslední aktivity ČKS směřují k navázání mezioborové spolupráce s neurology, radiology a dalšími specialisty za účelem zkoumání srovnatelných postupů i v terapii závažné akutní ischemické mozkové cévní příhody, jež v současnosti i přes existující léčbu u dvou třetin nemocných vede buď k úmrtí, nebo k trvalé závažné invaliditě.

(Zdroj: ČKS)

(red)

Inzerce M141000740

NA BLÍŽÍCÍ SE PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU UPOZORNÍ SMS ZPRÁVA OD ČPZP

Ruku na srdce – kdo z nás si pečlivě hlídá termíny preventivních prohlídek u lékaře? Asi málokdo. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna to jako první zdravotní pojišťovna v ČR za své pojištěnce vyřešila. Od konce května jim začne zasílat SMS zprávy, která termín preventivní prohlídky připomene. Prevence v mobilu je zdarma a stačí k ní opravdu málo. Být klientem České průmyslové zdravotní pojišťovny a mít aktivovaný přístup do Elektronické přepážky ČPZP, říká v rozhovoru MUDr. Pavel Frňka, DMS, ředitel strategie v ČPZP.

Proč ČPZP zavádí službu zasílání krátkých textových zpráv?

Chceme zvýšit prevenci našich pojištěnců a posílat krátkých textových zpráv je další cesta, jak posílit zájem o preventivní prohlídky.

Koho budete zvat na prohlídku?

V první fázi budeme zvat každé dva roky pojištěnce k návštěvě praktického lékaře, dále ženy jednou ročně ke gynekologovi a muže nad 50 let na prohlídku prostaty. Později plánujeme zvat i k návštěvě stomatology.

Režim pravidelných preventivních prohlídek mají stanoven také děti. Počítáte s pozvánkami i pro ně?

Esemesky od pojišťovny „připnou“ v mobilu pouze dospělým. U dětí není nutné prohlídku připomínat, tam se osvědčila fungující spolupráce rodičů s pediatrem.

Můžete sdělit, co bude v takové preventivní SMS zprávě uvedeno?

V SMS bude informace o tom, komu je upozornění určeno. Jméno a komu je upozornění určeno, je důležité, protože někteří klienti mají oprávnění na více osob (svou rodinu) a SMS budou chodit na jeho mobil. Tedy i pozvánka k prohlídce manželky, matky, otce a dalších

rodinných příslušníků, podle toho, na koho má klient oprávnění v elektronické přepážce.

Kolik klientů ČPZP využívá elektronickou přepážku?

V současnosti je to více než 124 tisíc pojištěnců.

Kdy začnete rozesílat esemesky?

První esemesky začnou klientům chodit v nejbližších dnech. K rozeslání máme připraveno prvních 110 tisíc SMS s preventivním obsahem.

Co má udělat člověk, který je klientem ČPZP, chce dostávat esemesky, ale zatím nemá aktivován přístup do elektronické přepážky?

Stačí, když se do e-přepážky zaregistruje, a to je možné učinit on-line na www.cpzp.cz, nebo osobně na kterékoli pobočce ČPZP. Jako uživatel e-přepážky budou mít rovněž tuto službu automaticky zapnutou. Pokud by naopak někoho zasílání esemesek obtěžovalo, může službu samozřejmě kdykoli bezplatně zrušit.

Proč je důležité, aby lidé chodili na preventivní prohlídky k lékaři?

Preventivní prohlídky mají svůj klíčový význam ve snížení rizika výskytu závažných onemocnění i nákladů na následnou léčbu. Včasně odhalení příznaků vážného

onemocnění navíc zvyšuje šance na úplné vyléčení. V ČPZP loni absolvovalo preventivní prohlídku necelých 330 tisíc pojištěnců. Největší zájem o kontrolu svého zdravotního stavu mají pojištěnci z Moravskoslezského kraje, loni jich na preventivní prohlídku přišlo kolem sta tisíc.

UKÁZKA SMS ZPRÁVY:

Pro Aleš Pavliska - dovolujeme si Vas upozornit, ze se blizi termin dvoulete preventivni prohlidky u praktickeho lekare. Objednejte se prosim u svého lekare. Vase CPZP

Preventivni SMS zpravy navazují na další podobné aktivity ČPZP...

ČPZP v současné době rozesílá svým klientům rovněž tisíce dopisů v rámci adresného zvaní, do něhož se zapojily všechny zdravotní pojišťovny ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR. Preventivní vyšetření, na které pojišťovny zvou, je zaměřené na vyloučení nádorového onemocnění děložního čípku, prsu a tlustého střeva.



Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

AKTUALITY

Studie IKEM dokazuje přínos 2 jídel denně u diabetiků

Lékaři pražského Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) zkoumali, zda je pro diabetiky 2. typu vhodnější jíst 6 menších porcí jídla denně (jak je jim v současnosti doporučováno), nebo zda by měli jíst pouze 2x za den.



Ilustrační foto: Shutterstock

V průběhu 24 týdnů sledovali 54 pacientů s diabetem 2. typu ve věku mezi 30 a 70 lety. Ty rozdělili na 2 skupiny vždy po 27 nemocných. Jedna začala jíst pravidelně 6x denně, druhá jen 2x. Po 12 týdnech přešly obě skupiny na druhý režim.

Zlepšení ve všech ukazatelích

„Pacienti při obou režimech denně konzumovali stejný počet kalorií, jen jinak rozložený. Výsledky jsou ohromující. Bohatá snídaně a oběd měly mnohem pozitivnější účinek na tělesnou hmotnost, obsah tuku v játrech, hodnoty glykemie, inzulinovou senzitivitu a další faktory než dieta rozdělená do 6 menších porcí,“ uvádí ke studii MUDr. Hana Kahleová, Ph.D., z Centra diabetologie IKEM.

„V současné době se diskutuje o tom, zda je zdravější jíst častě-

ji menší jídla, nebo naopak jídla větší, s delšími časovými odstupy. Přestože se diabetikům doporučuje jíst častěji a zdůvodňuje se to lepší kontrolou glykemie, zde se podařilo prokázat, že toto opatření vedlo u diabetiků 2. typu k většímu váhovému úbytku i zlepšení citlivosti na inzulin a dalších metabolických ukazatelů spojených s diabetem. V průměru jsme při režimu 2 jídel denně zaznamenali úbytek na váze o 1,4 kg a úbytek v obvodu pasu o 4 cm vyšší než při režimu 6 menších jídel denně,“ dodává přednostka Centra diabetologie IKEM a předsdkyně České diabetologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc., která studii vedla.

Diabetes 2. typu spolu s nadváhou je pro většinu nemocných začarovaným kruhem. Tato studie je nadějí, že z něj budou moci konečně vystoupit. Právě změna ži-

votosprávy by mohla těmto pacientům pomoci.

Nový základní kámen?

Diabetem trpí v České republice více než 800 tisíc lidí a jejich počet stále roste. Pokud by čísla narůstala podobným tempem jako nyní (tj. zhruba 10 tisíc/rok), bude v roce 2035 tímto onemocněním postižen každý 10. občan ČR bez ohledu na věk.

Studie, která boří léta uznávaný systém, tedy šest jídel denně, je už citovaná i v odborných kruzích po celém světě. „Jsem na naše lékaře velmi pyšný. Touto studií se jim opět podařilo posunout IKEM na samotnou špičku mezi vědeckými pracovišti v Evropě. Jejich zjištění by se do budoucna mohla stát základním stavebním kamenem na cestě k postupnému vymýcení této civilizační nemoci, která trápí pacienty po celém světě a je pandemií moderní doby,“ uzavírá ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

Nové léčebné strategie však bude potřeba ještě dále zkoumat. V dietní léčbě diabetu by se kromě snížení denního příjmu kalorií a složení stravy měly vzít v úvahu také frekvence a načasování jídel. Ty by pak měly být dalším cílem výzkumů a návazných studií.

(Zdroj: IKEM)

(red)

Pozitivní účinek metforminu po infarktu myokardu zpochybněn

Některé studie naznačovaly, že metformin vykazuje kardioprotektivní účinky, jež jsou vyvolány jiným mechanismem, než který je po podání tohoto léku zodpovědný za snížení glykemie u diabetiků.

Tým vedený nizozemským kardiologem Chrísem Lexisem z univerzity v Groningenu provedl první dvojité slepou, randomizovanou a placebem kontrolovanou studii, ve které byl pacientům po infarktu myokardu (IM) podáván metformin.

Do studie bylo zařazeno celkem 380 pacientů s akutním IM, kteří úspěšně absolvovali perkutánní koronární intervenci. Tito pacienti byli náhodně rozděleni na skupiny užívající kromě standardní léčby buď placebo, nebo metformin 2x denně v dávce 500 mg.

U pacientů byla pomocí magnetické rezonance změřena levá ventrikulární ejekční frakce za 4 měsíce po IM. U pacientů užívajících metformin činila 53,1% a u skupiny užívající placebo 54,8%. Rozdíl

mezi oběma skupinami nebyl statisticky průkazný. Průkazné nebyly ani rozdíly v dalších parametrech funkce myokardu.

Otevřené otázky

Metformin je vysoce účinný u pacientů s diabetem a může být bez problému užíván i diabetiky, kteří utrpěli IM. Na druhé straně však nechrání srdce před poškozením myokardu u pacientů, kteří netrpí diabetem a po infarktu se u nich projevilo snížení výkonu srdce. Autoři studie nechávají otevřenou otázku, zda by se kardioprotektivní účinek metforminu projevil při vyšších dávkách nebo při podávání ještě před perkutánní koronární intervencí.

(Zdroj: American College of Cardiology) (lap)

Antibiotika a autoimunitní choroby

Některá antibiotika donutí genetickou mašinerii buňky ignorovat STOP-kodon. Proto jsou tato antibiotika testována jako léky u dědičných chorob, kde mutace navodila vznik STOP-kodonu v kódujících sekvencích a následně dochází k předčasnému ukončení transkripce a vzniku zkrácené formy proteinu nebo protein není vůbec produkován.



Ilustrační foto: Shutterstock

ti jsou prezentovány imunitnímu systému. Ten je pak může detekovat jako cizorodé antigeny a spustit proti nim imunitní reakci.

Vznik nových peptidů a imunitní reakce

Tým vedený Laurencem Eisenlohem z Univerzity Thomase Jeffersona ověřoval tento efekt gentamicinu na HeLa buňkách a prokázal, že po ošetření antibiotikem se na povrchu *in vitro* kultivovaných buněk objevilo 17 nových peptidů. Všechny byly výsledkem „přeskočení“ STOP-kodonu během transkripce různých genů. Koncentrace těchto peptidů byla natolik nízká, že bylo silně problematické je detekovat běžnými biochemickými metodami. T lymfocyty imunitního systému však na přítomnost těchto peptidů reagovaly.

Užívání gentamicinu a některých dalších antibiotik tak může navodit vznik nových peptidů, jež jsou ná-

sledně prezentovány imunitnímu systému a vyvolávají imunitní reakci. Potenciál pro vznik autoimunitní reakce je podle Laurence Eisenloha vysoký vzhledem k tomu, že se antibiotika podávají při bakteriálních infekcích, kdy je v tkáních nabuzen zánět. Přítomnost nových peptidů v zanícených tkáních zvyšuje pravděpodobnost, že imunitní reakce na tyto nové peptidy bude velmi intenzivní.

Autoimunitní nemoci a infekční záněty

„Předpokládá se, že řada autoimunitních onemocnění propuká po infekčních zánětlivých onemocněních,“ říká Laurence Eisenlohr. „Výsledky naší studie však naznačují, že některá antibiotika používaná k léčbě těchto infekcí mohou rovněž přispívat ke spuštění autoimunitní reakce.“

(Zdroj: Proceedings of the National Academy of Sciences) (lap)

Role faktoru REST

u neurodegenerativních chorob

Zdá se, že někteří lidé mají „kognitivní rezervy“, které jim umožňují odolávat účinkům patologických změn u Alzheimerovy choroby. V březnovém čísle časopisu *Nature* popisuje výzkumný tým lékařské fakulty Harvardovy univerzity pravděpodobný mechanismus tohoto jevu.

Autoři zjistili, že REST (*repressor element 1 silencing transcription factor*) ve stárnoucím lidském mozku koordinuje neuroprotektivní reakci na stres. Vyřadí z funkce geny ovlivňující buněčnou smrt a podporuje ochranné faktory. Vysoká hladina REST je spojena se zachovanou kognitivní schopností navzdory přítomnosti amyloidu a neurofibrilárních uzlíků a naopak – u lidí se ztrátou paměti je faktoru REST málo nebo zcela zmizel. Tato data naznačují, že k vývoji demence je třeba nejen typických patologických změn Alzheimerovy choroby, ale také poruchy v reakci mozku na stres.

Ochrana před buněčnou smrtí

O faktoru REST se dříve soudilo, že je aktivní pouze ve vyvíjejícím se mozku a nenachází se v normálních zralých neuronech. Autoři proto byli překvapeni, když REST našli ve stárnoucích neuronech. V publikované studii první autor Tao Lu vyšetřoval expresi faktoru REST v pitevním materiálu a zjistil, že neuroiny v prefrontální mozkové kůře a v hippocampu starých lidí obsahují 5x více faktoru REST než neuroiny mladých osob, což potvrzuje, že se hromadí se stoupajícím věkem.

Další analýza ukázala, že REST je schopen vyřadit z činnosti mnohé geny, které jsou zapojeny do buněčné smrti (jako FAS, FADD a cytochrom c), a tlumí geny podporující vznik a rozvoj Alzheimerovy patologie včetně pre-

senilinu 2 a kináz, jež fosforylují tau-protein. Nadměrná exprese faktoru REST v neuronálních buněčných liniích byla spojena s expresí několika genů, které chrání neuroiny před buněčnou smrtí a oxidativním stresem (jako BCL2, SOD1, kataláza a transkripční faktory FOXO). Děje se tak nepřímo, pomocí represe mikroRNA, čímž dojde k utlumení ochranných genů. REST koordinuje síť genů, které chrání stárnoucí neuroiny.

Pokusy na myších i červech

Tým vědců z Harvardovy univerzity testoval funkci REST na několika modelových systémech zahrnujících neuronální tkáňové kultury, *knock-out* myši a červy. Ve všech případech neuroiny bez tohoto faktoru uhynuly rychleji po stresu, kterému byly vystaveny, a u *knock-out* myši se vyvinula neurodegenerace ve věku kolem 8 měsíců. Červi bez SPR-4 (= REST ortholog) zahynuli po oxidativním stresu dvakrát rychleji než subjekty v kontrolní skupině. Ve všech modelech exprese REST neuroiny zachránila.

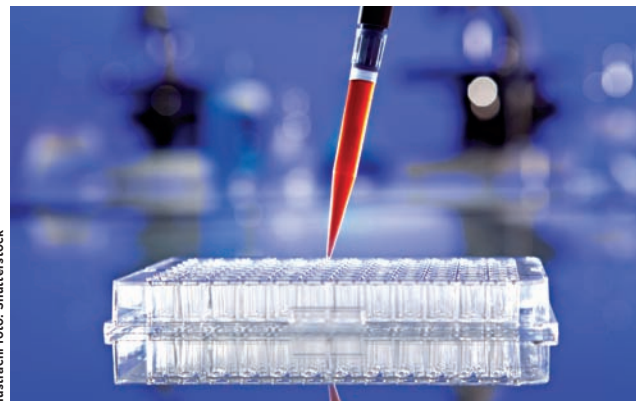
Oxidativní stres, který stoupá s věkem, je považován za rizikový faktor Alzheimerovy choroby. V několika desítkách vzorků mozkové tkáně z pitevního materiálu pacientů s Alzheimerovou chorobou protein REST vymizel z jader neuronů v mozkové kůře a hippocampu a hromadil se s amyloidem beta v autofagosomech. Totéž vědci našli v mozkové

tkáni u jiných neurodegenerativních chorob, jako je frontotemporální demence a demence s Lewyho tělísky. Tento histologický nález spojení proteinu REST s patologickým procesem podle autorů pravděpodobně znamená, že REST je odstraněn autofagií.

Naskytá se otázka, jak brzy během těchto chorob k popsáným změnám dochází. U lidí, kteří zemřeli s mírným amnestickým kognitivním poškozením, klesl protein REST v mozkové kůře a hippocampu na polovinu ve srovnání s neuroiny zdravého starého člověka.

Potvrzení i v dalších studiích

V dalším stadiu výzkumu autoři srovnali expresi proteinu REST s úrovní kognitivní funkce v datech z *Religious Orders Study* a *Rush Memory and Aging Project*. V těchto longitudinálních studiích dobrovolníci podstoupili sérii kognitivních testů a po smrti darovali své mozky na výzkum. Ti, kteří měli v nekroptickém materiálu více proteinu REST v neuronech mozkové kůry a hippocampu, měli lepší výsledky v kognitivních testech (zejména co se týče epizodické paměti) a patologické změny Alzheimerovy choroby se u nich objevovaly méně často. Subjekty, u nichž se našly plaky a uzlíky, ale nepatrné kognitivní poškození, měly třikrát více proteinu REST v jádrech neuronů než pacienti s demencí, což pod-



Ilustrační foto: Shutterstock

poruje teorii, že REST po určitou dobu chrání kognitivní schopnosti navzdory přítomnosti Alzheimerovy choroby. Yankner a jeho spolupracovníci pátrali také po proteinech, které by mohly kontrolovat REST. Zjistili, že buňky vystavené stresu vylučují rozpustný faktor, který indukuje tento transkripční faktor v neuronech, jež ve stresu nebyly, že k indukci dochází stimulací purifikovaným Wnt-3a a Wnt-7a a že inhibitory Wnt signalizace indukci zablokují. Toto pozorování je v souladu s výsledky jiných autorů, kteří došli

k názoru, že REST je cílem Wnt signalizace (Willert et al. 2002). Některé léky jako lithium (stabilizátor nálady) aktivují tuto signalizační cestu a v některých dřívějších studiích (Terao et al. 2006, Yeh and Tsai 2008, Nunes et al. 2013) byla zjištěna nižší incidence Alzheimerovy choroby právě u lidí léčených lithiem. Yankner s kolegy pokračují ve studiích a hledají jiné molekuly, které by mohly zvýšit expresi proteinu REST a měly rovněž léčebný potenciál.

(Zdroj: Nature)

MUDr. Milena Lesná

Význam regenerace brzlíku v imunitě a stárnutí

Vědeckému týmu z Edinburghu se podařilo přimět brzlík starých myší k regeneraci. Poprvé v historii regenerativní medicíny se stalo, že došlo k obnovení celého orgánu u žijícího organismu.

Brzlík hraje klíčovou roli ve funkci imunitního systému a jeho zlepšená funkce se projevuje a může být vyhodnocena podle tvorby bílých krvinek – T lymfocytů.

Trvalá regenerace

Výzkum byl zaměřen na protein FOXN1, který pomáhá kontrolovat geny ovlivňující funkci brzlíku. Prostřednictvím tohoto proteinu byl reaktivován mechanismus, jehož funkce v pokročilém věku laboratorních myší skončila. Dřívější pokusy, které měly vyprovokovat regeneraci brzlíku pomocí pohlavních hormonů, vedly pouze k dočasnému zvětšení velikosti brzlíku a přechodnému obnovení jeho funkce. V tomto nedávném experimentu však byla regenerace brzlíku trvalá. Bude ovšem ne-

zbytné pokračovat ve výzkumu, aby se prokázalo, zda se regenerací brzlíku zlepšuje funkce celého imunitního systému. Jelikož bylo ke studiu použito geneticky modifikovaných myší, bude třeba ještě několika studií a vyhodnocení dlouhodobého účinku FOXN1, než se přistoupí k testování tohoto systému na lidech. Na základě současných výsledků však lze očekávat, že stejným způsobem by mělo být možné zabránit smršťování brzlíku ve stáří, obnovit a zlepšit jeho funkci a tím také celkovou imunitu, která v pozdějším věku slábne, a použít tohoto mechanismu v léčbě pacientů, u nichž došlo k supresi imunitního systému.

(Zdroj: Development)

(mls)

Mongolismus a leukemie

Výzkumný tým z Dana-Farber Cancer Institute v Bostonu našel pomocí pokročilé technologie vysvětlení, proč je riziko akutní B-lymfoblastické leukemie (B-ALL) u dětí s Downovým syndromem 20x vyšší než u ostatní populace.

Zjistilo se, že k B-ALL dochází za přítomnosti extra kopie chromosomu 21, kdy tělo produkuje nadměrné množství nezralých B lymfocytů. V Bostonu použili experimentální myši, které měly kopie navíc 31 genů, nacházejících se u lidí na chromosomu 21, což vedlo k tomu, že

jejich B lymfocyty začaly nekontrolovatelně narůstat jako u pacientů s leukemií. Od normálních B lymfocytů se tyto lišily tím, že nereagovaly na skupinu proteinů zvaných PRC2, a vznikla tak situace, kdy se B lymfocyty mohly předčasně a nekontrolovatelně dělit a proliferovat.

Ztráta normální funkce PRC2 je pro vznik B-ALL u dětí s mongolismem kritická a v následujících testech se ukázalo, že dalším klíčovým faktorem je kopie navíc genu HMGN1, který vypíná funkci PRC2 a tím přispívá k proliferaci buněk.

(Zdroj: Nature Genetics)

(mls)

SÚKL INFORMUJE

Ivabradin – zahájeno celoevropské přehodnocení

Evropská léková agentura zahájila přehodnocení ivabradinu (Procordan/Corlantor), používaného k symptomatické léčbě dospělých s chronickou stabilní anginou pectoris a chronickým srdečním selháním.

Přehodnocení bylo zahájeno na základě předběžných výsledků studie SIGNIFY, která hodnotila, zda léčba ivabradinem u pacientů s ischemickou chorobou srdeč-

ní snižuje frekvenci výskytu kardiiovaskulárních příhod (např. infarktu myokardu) ve srovnání s placebem. Pacienti ve studii dostávali dávku až 10 mg ivabra-

dinu 2x denně, což je vyšší než aktuálně schválená maximální denní dávka (7,5 mg 2x denně). Výsledky prokázaly nízké, avšak významné zvýšení kombinovaného rizika kardiiovaskulárního úmrtí nebo nefatálního srdečního infarktu v podskupině pacientů se symptomatickou anginou pectoris (klasifikace Kanadské kardiiovaskulární společnosti /CCS/, třída II-IV).

Užívání s opatrností

EMA vyhodnotí dopad nejnovějších informací ze studie SIGNIFY na poměr přínosů a rizik ivabradinu a vydá doporučení, zda registrace přípravku má být zachována, změněna, pozastavena nebo zrušena v celé EU. Přehodnocení bylo zahájeno na žádost Evropské komise.

Pacienti, kteří mají dotazy ke své léčbě, by se měli poradit se svým lékařem či lékárníkem. SÚKL doporučuje lékařům, aby do závěru evropského přehodnocení používali ivabradin s opatrností dle schválených doporučení pouze u pacientů, kteří nemohou užívat betablokátory, nebo v kombinaci s betablokátory, pokud jejich účinek není dostatečný. Doporučená úvodní dávka je 5 mg ivabradinu 2x denně, později může být zvýšena maximálně na 7,5 mg 2x denně. Klidová tepová frekvence před léčbou < 60 tepů/min je kontraindikací zahájení léčby. Pokud se v průběhu léčby srdeční frekvence sníží na < 50 tepů/min nebo pacient cítí příznaky bradykardie (závratě, únava, hypotenze), dávka musí být snížena, eventuálně léčba ukončena.

Více informací: www.sukl.cz

(Zdroj: SÚKL)

Pertuzumab opět plně k dispozici

Léčivý přípravek Perjeta (pertuzumab) bude od 1. června 2014 plně k dispozici pro všechny indikované pacientky s HER2-pozitivním metastazujícím karcinomem prsu. Zdravotní pojišťovny budou léčbu pacientek hradit výkonově, tedy mimo paušál nemocnic.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vydal 7. května 2014 definitivní rozhodnutí o nové maximální ceně pertuzumabu. Nikdo z účastníků řízení nepodal k tomuto rozhodnutí žádnou připomínku a účastníci řízení ze strany zdravotních pojišťoven (VZP i SZP) stejně jako držitel rozhodnutí o registraci se vzdali práva na odvolání. Nová maximální cena tak bude platit od 1. června 2014. Toto rozhodnutí se týká maximální ceny pertuzumabu, nikoli výše úhrady, která zůstává nezměněná.

Dobrá zpráva pacientkám

Je to vynikající zpráva nejen pro

všechny indikované pacientky, ale i pro jejich ošetřující lékaře. Dohoda se zdravotními pojišťovnami zaručuje, že léčba tímto vysoce inovativním léčivým přípravkem bude hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění všem smluvním zdravotnickým zařízením mimo paušál tzv. centrových léků," vysvětlil generální ředitel společnosti Roche RNDr. Tomáš Votruba, CSc., MBA.

Komplexní onkologická centra mohou léčit všechny pacientky s HER2-pozitivním metastazujícím nebo lokálně rekurentním neresekovatelným karcinomem prsu, které dosud nebyly léčeny anti-HER2

léky či chemoterapií pro metastatické onemocnění.

5. února 2014 společnost Roche oznámila SÚKL přerušení dodávek pertuzumabu do České republiky. Důvodem byl výrazný pokles maximální ceny léku, k němuž došlo na základě devizové intervence a umělého oslabení kurzu české koruny Českou národní bankou dne 7. listopadu 2013. Rozhodnutí SÚKL o maximální ceně pertuzumabu ze 7. května 2014 již reflektuje nový kurz české koruny a lék je možné podávat indikovaným pacientkám standardní cestou.

(Zdroj: Roche)

(red)

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, ve znění pozdějších předpisů, informuje o:

- Opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Herbacos Recordati, s. r. o., týkající se léčivých přípravků **Veral** 25 mg, por. tbl. ent., Veral 50 mg, por. tbl. ent., Veral 75 Retard, por. tbl. ret., Veral 100 Retard, por. tbl. ret., Veral 75 inj. sol., Veral 100 mg, rct. sup. (číslo šarží najdete na www.sukl.cz). Uvedené šarže léčivých přípravků se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu schválené změny v registraci (změna souhrnu údajů o přípravku, označení na obalu nebo příbalové informace v souladu s prováděcím rozhodnutím Evropské komise ze dne 25.

9. 2013, týkající se registrací humánních léčivých přípravků, které obsahují léčivou látku diklofenak, vydaným v rámci článku 31 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES).

Dostupnost léčivých přípravků Veral 25 mg, por. tbl. ent., Veral 50 mg, por. tbl. ent., Veral 75 Retard, por. tbl. ret., Veral 100 Retard, por. tbl. ret., Veral 75 inj. sol. není dotčena, k dispozici jsou jiné šarže. Jiné šarže léčivého přípravku Veral 100 mg, rct. sup., nejsou k dispozici.

- Opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Takeda Austria GmbH, Rakousko, týkající se léčivých přípravků **Gynipral** 10 µg/2 ml, inj. sol., a Gynipral 25 µg koncentrát pro přípravu infuze, inf. cnc. sol. (čísla šarží najdete na webových stránkách www.sukl.cz).

Uvedené šarže léčivých přípravků se stahují až z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu schválené změny v registraci (změna v souhrnu údajů o přípravku, označení na obalu nebo příbalové informace v souladu s dohodou skupiny zástupců příslušných orgánů členských států koordinující postupy vzájemného uznávání registrací a decentralizované postupy /CMDh/ ze dne 23. 10. 2013 týkající se registrací humánních léčivých přípravků, které obsahují léčivé látky terbutalin, salbutamol, hexoprenalin, ritodrin, fenoterol nebo isoxsuprin, vydané v rámci článku 31 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES).

K dispozici je nová šarže Gynipral 25 µg koncentrát pro přípravu infuze, inf. cnc. sol., 5x 5 ml. Gynipral 10 µg/2 ml, inj. sol., 5x 2 ml bude k dispozici na začátku června.

(Zdroj: SÚKL)

Hydroxyzin – přehodnocení poměru přínosů a rizik

Evropská léková agentura (EMA) zahájila přehodnocení poměru přínosů a rizik u léčiv, která obsahují hydroxyzin.

Tyto léčivé přípravky jsou registrovány ve většině zemí Evropské unie v různých indikacích včetně úzkostných poruch, premedikace před chirurgickým výkonem, průritu nebo poruch spánku. Přehodnocení bylo zahájeno jako reakce na požadavek maďarské lékové agentury kvůli bezpečnostním obavám týkajících se srdečních nežádoucích účinků. Údaje z monitoringu bezpečnosti a publikovaných studií identifikovaly potenciální zvýšení rizika

narušení elektrické aktivity srdce a vzniku arytmií. EMA bude nyní přehodnocovat dostupná data o přínosech a rizicích přípravků obsahujících hydroxyzin ve všech schválených indikacích a následně vydá doporučení, zda mají být registrace v celé Evropské unii zachovány, změněny, nebo zrušeny. Pokud budou mít pacienti jakékoli dotazy či obavy, měli by se poradit se svým lékařem nebo lékárníkem. Více informací: www.sukl.cz

(Zdroj: SÚKL)

Informace SÚKL – Venofer, injekční roztok

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o přebalení a uvedení do distribuce v ČR u léčivého přípravku Venofer, injekční roztok, 5x 5 ml, držitele rozhodnutí o registraci společnosti Vifor France SA, Neuilly-sur-Seine.

Balení léčivého přípravku Venofer (inj. sol., kód SÚKL: 17991) bylo opatřeno:

- aktuálně schválenou příbalovou informací ze dne 27. 9. 2013,
- štítkem na vnějším obalu se šarží 353001C a použitelností 05-2016,
- lepicími štítky na třech místech vnějšího obalu, aby nedocházelo k jeho otevření.

Přebalení bylo provedeno v souladu s bodem 4 pokynu SÚKL Informace ke změně sekundárního

obalu léčivého přípravku ze dne 22. 1. 2009.

V rámci přebalení bylo šarží přiděleno na štítku vnějšího obalu nové číslo šarže přidáním přípony:

- dříve: 353001,
- nyní: 353001C.

Na vnitřním obalu je uvedeno původní číslo šarže. Fotodokumentaci léčivého přípravku po přebalení najdete na webu: www.sukl.cz

(Zdroj: SÚKL)

HOMEOPATIE

Využití homeopatických léků v běžné lékařské praxi

Většina lékařů považuje homeopatii za alternativní metodu léčby, která si nezaslouží jejich pozornost. Na homeopatii je nazíráno jako na něco, co je nevědecké, tudíž nedůvěryhodné. Z vlastní zkušenosti i bohatých zkušeností kolegů-homeopatů však mohou říci, že tato metoda může být účinným pomocníkem lékaře v boji proti některým onemocněním.

Výhodou homeopatických léků je, že je lze použít jako doplněk standardní léčby, neboť nevytvářejí lékové interakce a nemají prakticky žádné kontraindikace. Homeopatika může užívat kdokoli – děti, těhotné a kojící ženy i senioři. Zvláště v graviditě, kdy se obáváme nasadit většímu konvenčním lékům, mohou být homeopatika vhodnou volbou. Ve své praxi se každodenně setkáváme s pacienty, kteří se do ordinace vracejí s recidivami nejrůznějších onemocnění. Mnohdy se jedná o potřebu opakované antibiotické léčby, která pacientovi přinese úlevu, ale z dlouhodobého hlediska má svá rizika, zejména rezistenci vůči ATB.

Recidivám infekčních onemocnění však často nejsme schopni zabránit. Zmiňuje se o tom i aktuální zpráva WHO z května 2014 (<http://euronews.com/2014/05/01/who-warns-antibiotic-resistance-poses-global-threat>). V těchto případech lze využít efektu homeopatické léčby s cílem rozetnout bludný kruh.

Níže uvádím další příklady onemocnění, kde je možné s úspěchem použít homeopatické léky. Osobně s nimi mám pozitivní zkušenost a mohu je na základě své dlouholeté praxe doporučit.

Opary

V období prvních subjektivních příznaků, při pocitech pálení či

svědění se doporučuje *Oscilloccinum*, a to 1 dóza ihned, poté zopakovat 2x po 6 hodinách. Jde o nejpoužívanější homeopatický lék vůbec a jeho účinnost je doložena mnohaletou klinickou zkušeností. Současně jde o jeden ze základních léků na počínající virózy. Dále je vhodné užít *Apis mellifica*, v ředění 15 CH, 5 granulí každou hodinu, v případě zlepšení pak postupně vysazovat. Tento lék se úspěšně uplatňuje u stavů charakterizovaných otoky a pálením, například po bodnutí nebo i v rámci jiných projevů na kůži. Pokud se na kůži již objeví puchýřky, pokračujeme v léčbě s pomocí *Rhus toxicodendron* 9 CH, 5 granulí 3x denně.

Bradavice

Při výběru správného homeopatického léku se řídíme vzhledem a lokalizací bradavic. Správná volba může pacienta zbavit nejen přítomných bradavic, ale i zabránit jejich recidivám. Základním lékem je *Thuja occidentalis* 15 CH podávaná systematicky (5 granulí týdně), často v kombinaci s dalšími homeopatiky. Patří k nim *Nitricum acidum* používané v případě, že se jedná o izolované tvrdé bradavice žlutavé barvy, krvácející při sebemenším kontaktu.

Graphites může vyřešit problém periangulárních bradavic a *Causticum* je specifický lék na subunguální bradavice a bradavice lokalizované na špičce nosu nebo na rtech. Léčba *Dulcamara* použijeme u plochých, průsvitných bradavic, které se objevují při expozici chladu a vlhku (např. bradavice získané pobytem v bazénu). Ředění volíme 9 CH, podáváme 2x denně po dobu 1 měsíce.

Moluska

Zkušenost s řešením tohoto problému za pomoci homeopatik je velmi dobrá. Pacient se tak může vyhnout bolestivému odstranění léze na dermatologii. Základními léky jsou *Cinnabaris* 9 CH a *Dulcamara* 9 CH, 5 granulí od každého 2x denně. Mohou být užívány i jako prevence recidiv.

mání a pálení záhy pomůže více-složkový lék *Gastrocynesine*.

Problémy s kojením

Při nedostatečné tvorbě mateřského mléka je lékem první volby *Ricinus communis* 5 CH. Na počátku problému je vhodné jej podávat častěji, v rytmu kojení, postupně lze přejít na 5 granulí 4x denně a s nástupem plné laktace jej pak vysadit. Pozitivní zkušenost s tímto homeopatikem v uvedeném ředění mají mnohé porodnice a neonatologická oddělení (např. zlínská Krajská nemocnice T. Bati, pražský ÚPMD či plzeňská Mulačova nemocnice).

Premenstruační syndrom (PMS)

Tímto syndromem trpí asi 40 % žen, přičemž homeopatie může svým individuálním přístupem mnohým z nich pomoci. Výběr vhodného léku vychází z převládajícího příznaku – určitý přípravek tedy zvolíme u pacientky s mastodynií, jiný při změněném chování či abdominopelvicích příznacích.

Hlavním lékem je *Lachesis mutus*. Předepíšeme jej ženám, které trpí bolestivou kongescí podbřišku a ňader, doprovázenou bolestí hlavy (ředění 9 CH). *Natrum muriaticum* je určeno pro ženu s kolísáním váhy během menstruačního cyklu, *Sepia officinalis* uleví v případě bolesti v pánvi, perimenstruačního zhoršení hemoroidů a bolesti nohou v exponovaném období.

MUDr. Miroslava Stará
PL pro dospělé, Havlíčkův Brod



Ilustrační foto: Shutterstock

Možnosti vzdělávání v homeopatii

V České republice jsou homeopatické léčivé přípravky registrovány jako léky Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Existuje řada škol a seminářů, jež nabízejí vzdělávání v homeopatické terapii; některé z nich jsou určeny pouze odborníkům (lékaře, lékárníky), popřípadě nabízejí vzdělávání také nelékařským zdravotnickým profesionálům (sestrám, porodním asistentkám, psychologům, fyzioterapeutům); takovou společnost je například Homeopatická lékař-

ská asociace (HLA), která je partnerem francouzského Centra pro vzdělávání a rozvoj homeopatie (CEDH). Právě školu CEDH absolvovaly v Česku do roku 2013 více než 4 tisíce lékařů a přibližně 2 tisíce z nich homeopatickou léčbu více či méně používají ve své praxi. Výše uvedené vzdělávání absolvovalo i velké množství lékárníků; v lékárenské praxi v ČR se pak dá hovořit o stovkách lékárníků, kteří jsou schopni poskytnout pacientovi homeopatickou radu.

ČAFF: Lidé stále nevědí jak likvidovat prošlé léky

Procento lidí, kteří chybně nakládají s prošlými léky, je stále vysoké. Často totiž nevědí, jak mají postupovat, a řada z nich expirační dobu vůbec neřeší. Vyplynulo to z výzkumu, který zadala Česká asociace farmaceutických firem (ČAFF).

Obdobný průzkum sledující využívání léků v českých domácnostech a následnou likvidaci prošlých přípravků provedl před dvěma lety i Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Z tehdejších výsledků vyplynulo, že v českých domácnostech zůstávají nevyužité léky za přibližně 1,5 miliardy korun. Dle tehdejšího „auditů domácích lékárníček“ odevzdávalo do lékáren nevyužité léky pouze 53% domácností, 29% vyhazovalo léky do komunálního odpadu a 15% domácností léky hromadilo a jejich likvidaci vů-

bec neřešilo. Aktuální průzkum farmaceutických firem sdružených v ČAFF ukazuje, že přístup Čechů se v tomto ohledu ani po dvou letech příliš nezměnil.

Na vině je neznalost

Dle výzkumu ČAFF přibližně pětina lidí vyhazuje léky do koše a pětina jejich likvidaci neřeší. Podle asociace za tento přístup může především fakt, že 45% lidí netuší, že mohou léky vrátit do lékáren bezplatně – přesto však téměř 60% respondentů uvedlo, že prošlé léky do lékáren vrací.

„Pacienti i zdravá veřejnost by měli s léky hospodařit správně. Znamená to pravidelně kontrolovat domácí lékárníčku, léky mít označené, a pokud expirují, vrátit je bezplatně do lékárny,“ vysvětluje výkonný ředitel ČAFF Emil Zörner a dodává, že pouze 55% lidí ví, že v lékárnách jim léky vezmou bezplatně zpět.

Farmaceutické firmy ve světle těchto výsledků upozorňují, že expirované léky negarantují původní léčivé účinky. „Apelujeme na pacienty i zdravou veřejnost, aby nespotřebované a prošlé léky

jednoduše vraceli zpět do lékáren. A zároveň upozorňujeme na rizika léků, které expirovaly. Asi nikdo by nejedl prošlý sendvič nebo takový, který zapomněl několik dnů ve vyhřátém autě. U léků je však chování lidí paradoxně odlišné,“ podivuje se Emil Zörner.

Zbytečný risk

ČAFF upozorňuje, že prošlé léčivé přípravky jsou ze zákona klasifikovány jako nebezpečný odpad a musejí být po době použitelnosti likvidovány certifikova-

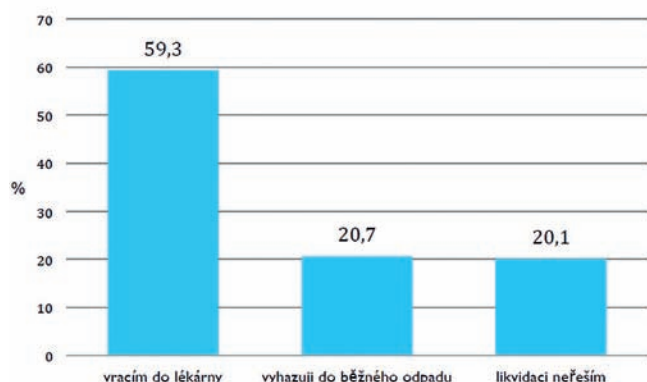
Ilustrace: foto: Marek Podhorna



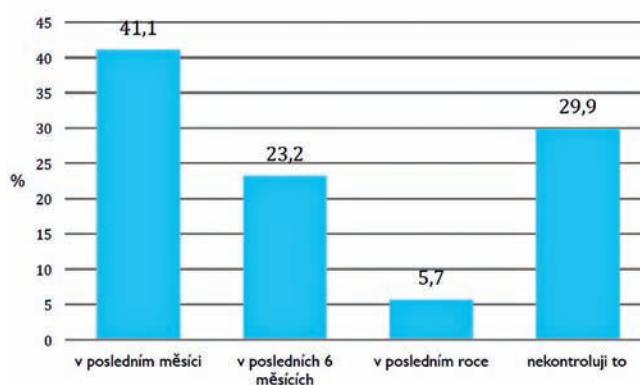
nými firmami. „V odpadkových koších či spláchnuty do toalet a umyvadel jsou zbytečným ekologickým a potenciálně zdravotním rizikem. Dvě pětiny lidí však tento fakt nerespektují,“ konstatuje ČAFF. Podle asociace vznikají zásoby nepoužitých léčiv v domácích lékárníčkách tak, že lidé nedoberou balení léků, která jim lékaři předepíší, případně jim zbývají po dalších členech rodiny. Největší část tvoří volně prodejné léky, které si lidé pořízují do zásoby pro akutní potřebu. „Problémem však zároveň je, že 30 procent lidí vůbec nekontroluje, zda nemají ve své lékárníčce přípravky s prošlou dobou použitelnosti. Odpověď ‚kontroloval jsem v posledním měsíci‘ je ovlivněna tím, že respondenti v tomto období zakoupili nový lék, u něhož se předpokládá, že doba použitelnosti je v pořádku,“ uzavírají autoři výzkumu.

Filip Kút Cítores

Graf 1 Jak nakládáte s nespotřebovanými/prošlými léky?



Graf 2 Kdy jste naposledy kontrolovali, zda nejsou některé léky prošlé?



Inzerce M141000365



XVI.

ČESKO-SLOVENSKÉ DIALOGY O BOLESTI "AKTIVITOU PROTI BOLESTI"



18. – 20. září 2014, Harrachov

www.dialogy2014.cz

Organizační sekretariát:



Congress Business Travel, www.cbtravel.cz

ROZHOVOR

Nejčastější případ v urogynekologii

Od svého založení v roce 1995 se pražské Nestátní zdravotnické zařízení GONA věnuje poskytování péče v oboru gynekologie a porodnictví, jejíž součástí je i pomoc ženám s urogynekologickými problémy. Jedním z lékařů, za nímž sem přicházejí, je gynekolog, porodník a urogynekolog **MUDr. Lukáš Horčíčka**.

Jste jedním ze zakladatelů a vedoucích osobností GONA. Podle výčtu vašich odborností to vypadá, že na muže u vás v čekárně narazíme jen jako na doprovod klientek. Je to tak?

Není tomu tak, protože specialistů je tu mnohem víc a napříč obory. Pacientům nabízíme urogynekologickou a gynekologickou ambulanci a sexuologické centrum. V rámci sexuologického centra působí nejen sexuologové, ale i psychiatr, psycholog, androlog či specialista urolog. Našimi klienty jsou tedy ženy i muži. V sexuologickém centru poskytujeme komplexní služby, podobně jako v urogynekologické ambulanci. Nejsme jenom ambulantním zařízením, které by diagnostikovalo a léčilo, ale je tu vazba i na operativu, čili v případech potřeby kombinujeme konzervativní a chirurgickou terapii. Já sám provádím urogynekologické operace rovněž ve Fakultní nemocnici Motol. Velmi dbáme na to, aby služby byly komplexní pro daný obor, ať už je to urogynekologie nebo sexuologie.

Vy sám se v GONA zaměřujete zejména na péči o ženy s urogynekologickými problémy. Jak často se tu setkáváte s OAB, tedy syndromem hyperaktivního močového měchýře?

Problém je to velice častý. Urogynekologická ambulance je u nás v provozu prakticky denně 6 až 8 hodin a lze říci, že 20 až 30 procent pacientek jsou právě ty s OAB. To, že jsme na „trhu“ konziliární péče už takřka dvacet let, s sebou samozřejmě přináší spoustu pacientek, které jsou k nám referovány na specializovanou vyšetření od praktických lékařů, gynekologů a urologů.

Nejste tedy tím prvním pracovištěm, na které pacientka s OAB dorazí...?

V některých případech jím jsme, respektive jsme jím v části gynekologické, protože GONA není jen ordinace na Národní třídě, ale provozuje i čtyři další ordinace po Praze. Máme tedy i prvotní záchyt u praktických gynekologů. Pravdou ovšem je i to, že většina gynekologů se urogyneko-



Foto: Leoš Chodura

logické problematice nevěnuje, proto k nám pacientky s OAB ke konziliárnímu vyšetření posílají docela rádi. U referovaných pacientek jsme jistě v záchytu OAB až sekundární, ale fakticky býváme primární v jeho léčbě. U nás jsou pacientky diagnostikovány, léčeny a vráceny referujícím lékařům, ať už gynekologům, praktikům či urologům.

Hovoříte o trhu. Vyplnili jste pověstnou „díru“ na něm proto, že jste spojnicí urologie a gynekologie?

Vlastně ano. Urogynekologie je dnes nadstavbovým oborem gynekologie a porodnictví, respektive urogynekolog by měl mít nadstavbovou atestaci, certifikovaný kurz urogynekologie a fakticky se věnuje problematice z obou těchto břehů. Samozřejmě s touto výjimkou, že urologické speciality musí řešit urolog, nikoli on.

Trpí syndromem OAB také muži? Souvisí to s hyperplazií prostaty?

Ano, ale v horším případě je tu souvislost s karcinomem prostaty. Navíc stejně jako u žen také u mužů vzniká OAB někdy i uměle, po operacích.

Co by pro lékaře primární linie mělo být signifikantním příznakem, že jde právě o OAB? Která onemocnění může provázet?

Základním příznakem je urgence s nebo bez urgentní inkontinence moči, která je obvykle doprovázena častým nucením na močení během dne či noci. O urgenci hovoříme tehdy, když pacient trpí náhlým nutkavým pociťem potřeby vymočít se. K tomu se může přidat zmíněná urgentní inkontinence. Nejde tedy jen o suché, čili časté močení a urgence, ale s inkontinencí přibývá urgentní inkontinence neboli „mokrá“ OAB.

Samotný syndrom hyperaktivního močového měchýře není zdravotně tak závažný, jako mohou být jiná onemocnění močových cest, ale má s nimi řadu společných příznaků. Vyloučit musíme hlavně rakovinu močového měchýře. OAB může provázet i neurologická onemocnění – například Parkinsonovu chorobu, roztroušenou sklerózu nebo následky cévní mozkové příhody. Přitom je ovšem důležité rozlišovat mezi syndromem hyperaktivního močového měchýře, stresovou inkontinencí moči a zvětšenou

prostatou, která může být provázána urgencí.

Hlavní metodou volby při léčbě hyperaktivního močového měchýře představuje medikamentózní terapie, individuálně však lze využít i některé pomocné metody. Které?

Určitě ano, například elektrostimulaci. Ale to základní je přidat režimovou léčbu. Řada pacientů má příliš malý nebo naopak příliš velký příjem tekutin. K nadměrné konzumaci tekutin dochází i pod vlivem nejrůznějších zpráv v médiích. Pacientům je také třeba upravit mikční návyky, takže zdaleka nejde jen o medikaci. Doporučen může být trénink močového měchýře, tedy postupné prodlužování intervalů mezi močením nebo cvičení svalů pánevního dna. Cvičení má smysl, reagují-li na něj správně svaly a je-li vyloučena možná anatomická patologie.

Je v rámci farmakoterapie OAB k dispozici nějaká novinka?

Ano, je. Po desítkách let byl do léčby OAB zaveden lék s novým mechanismem účinku. Třicet let totiž uplynulo od použití prvních anticholinergik do zavedení úpl-

ně nového léku z opačné skupiny beta-adrenergických agonistů. Jde o mirabegron, což je agonista beta-3-adrenergických receptorů. Působí tak, že se váže na beta-3-receptory ve svalových buňkách detruzoru a aktivuje je. Aktivované beta-3-receptory způsobují relaxaci svalů měchýře. To vede ke zvýšení jeho kapacity a změnám ve způsobu jeho stahování. Staň se méně, a méně je tedy i nežádoucího močení. Na začátku tohoto roku se lék dostal na náš trh, bylo to po dlouhých klinických zkouškách. Používáme ho.

Nejlepší je ovšem OAB předjet... Komu a zejména jakou doporučit prevenci, aby se OAB nevyvinula?

Obecně je prevence složitá a složitost vyplývá z mnohotvárnosti příčin – u žen by to mohlo být například vyhýbání se nadměrné námaze nebo šetrné vedení porodu. Základní je ovšem předcházet močovým infekcím a zanedbávat by se neměla aktivní a důsledná léčba zánětů dolních močových cest. Opakované záněty močových cest vidíme jako jednu z hlavních příčin. Režimová opatření míníme ve smyslu dostatečně pít a pravidelně chodit na toaletu. Pravdou je, že u řady pacientek ne zjistíme ani jednu konkrétní příčinu. Je potřeba přemýšlet nad tím, co močový měchýř rozdráždí a způsobí jeho hyperaktivitu.

Pořádáte pro lékaře tradiční „Čtvrtky na Národní“. Bude v nich ještě letos něco z urogynekologie?

Čtvrtky na Národní jsou pravidelnou akcí, kterou GONA pořádá už 18 let. Je to vzdělávací akce probíhající každý první čtvrtek v měsíci, vyjma letních prázdnin. Témata vybíráme s ohledem na to, aby se naši kolegové vzdělali, ale vzdělávat se chceme i my sami – to byl náš prvotní impulz.

I v roce 2014 plánujeme seminář z urogynekologie. Semináře tematicky naplňujeme přesně tím, co GONA dělá, a to je gynekologie, urogynekologie a sexuologie. Prostřednictvím přednášejících chceme přenést informace z těchto oblastí mezi své kolegy. Bývají to jak praktičtí gynekologové a urologové, tak naši kolegové z nemocnic. Konkrétní program je možné zjistit na webových stránkách: www.gona.in

První studie fáze III v oblasti buněčné imunoterapie pod českým vedením

Biotechnologická společnost Sotio, patřící do skupiny PPF, oznámila zařazení prvního pacienta do mezinárodní studie VIABLE, fáze III klinického hodnocení aktivní buněčné imunoterapie v léčbě pacientů s karcinomem prostaty přípravkem DCVAC/PCa.

V moderní historii je to poprvé, co do takové fáze klinického vývoje vstoupila firma z České republiky.

Spolupráce s 20 zeměmi

VIABLE je randomizovaná, dvojitě zaslepená, multicentrická studie fáze III s paralelními skupinami pacientů, určená k vyhodnocení účinnosti a bezpečnosti přípravku DCVAC/PCa jako doplňkové terapie ke standardní léčbě chemoterapií v 1. linii u mužů s metastazující karcinomem prostaty (mCRPC). Primárním cílem klinické studie VIABLE je určit celkové přežití (OS) u pacientů s mCRPC léčených prostředkem DCVAC/PCa

oproti těm, kterým bylo podáváno placebo společně se standardní chemoterapií.

První pacient byl do studie zařazen ve vojenské nemocnici v Budapešti. Sotio plánuje nabírat pacienty do studie VIABLE ve spolupráci se zdravotnickými centry



Prof. Radek Špišek. | Foto: archiv

ve 20 zemích: v Belgii, Bulharsku, Česku, Francii, Chorvatsku, Itálii, Maďarsku, Německu, Nizozemsku, Polsku, Portugalsku, Rumunsku, Rusku, Slovensku, Srbsku, Španělsku, Švédsku, Turecku, USA a Velké Británii. Společnost hodlá zařadit do studie celkem přibližně 1170 pacientů s karcinomem prostaty z Evropy, Ruska a USA.

Imunitní reakce proti nádoru

„Věříme, že pokud chceme být v léčbě pokročilých stadií onemocnění úspěšní, měla by být protinádorová imunoterapie kombinovaná s dalšími léčebnými postupy. V souladu s touto strategií jsme navrhli klinickou

studii kombinované chemo-imunoterapie, která testuje kombinaci standardní chemoterapie s imunoterapií na bázi dendritických buněk pomocí přípravku DCVAC/PCa. Dendritické buňky jsou připraveny z monocytů pacienta a na svém povrchu mají vystaveny bílkoviny, které jsou specifické pro nádorové buňky. Tyto bílkoviny, takzvané nádorové antigeny, pocházejí z buněčné nádorové linie karcinomu prostaty, která je usmrcena pomocí vysokého hydrostatického tlaku. Zatímco chemoterapie přechodně snižuje množství nádorových buněk, protinádorová imunoterapie pomocí přípravku DCVAC/PCa může vyvolat imunitní reakci namířenou proti nádorovým

buňkám a tím další růst nádorových buněk zpomalit nebo držet pod kontrolou. Studie bude ověřovat hypotézu, že kombinace těchto dvou druhů terapií má synergický účinek a vede k prodloužení života léčených pacientů,“ vysvětluje ředitel pro vědu a výzkum společnosti Sotio prof. MUDr. Radek Špišek, Ph.D. „Díky společnosti Sotio a její spolupráci s 2. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnicí v Motole poprvé v moderní historii dochází k tomu, že výsledky mnoha let výzkumu českých vědců v oboru medicíny jsou korunovány III. fází globální klinické studie vedené českou firmou. Sotio je rovněž první společností z regionu střední a východní Evropy, která zahájila fázi III v oblasti buněčné imunoterapie,“ doplňuje generální ředitel firmy Ladislav Bartoníček.

(Zdroj: Sotio)

(red)

Inzerce M141000635

NASTAL ČAS POMYSLET NA NĚCO JINÉHO...

- **NOVÁ ŠANCE** pro pacienty v léčbě symptomů OAB po 30ti letech¹
- **Nový mechanismus účinku²**
- **Bezpečnostní profil srovnatelný s placebem³**

První β_3 agonista k léčbě hyperaktivního močového měchýře⁴





SPC Betmiga

Léková forma a složení: tablety s prodlouženým uvolňováním à 25 mg, resp. 50 mg mirabegronu. **Indikace:** symptomatická léčba urgencye, zvýšené frekvence močení a/nebo urgentní inkontinence, které se mohou vyskytnout u dospělých pacientů se syndromem hyperaktivního močového měchýře (OAB). **Dávkování:** 50 mg jednou denně, u jaterní a ledvinové insuficience a přítomnosti silných inhibitorů CYP3A úprava dávky na 25 mg jednou denně. Mirabegron není určen pro podávání dětem. **Způsob podání:** Betmiga se užívá perorálně, jednou denně, nezávisle na jídle, zapíjí se tekutinami, polyká se celá a nesmí se kousat, dělit nebo drtit. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. **Interakce:** substrát CYP2D6, induktory a inhibitory CYP3A/P-gp, substráty P-gp. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití, zvláštní skupiny pacientů:** mirabegron se nedoporučuje u pacientů v terminálním stádiu selhání ledvin a se závažným poškozením jater; s těžkou neléčenou hypertenzí. Snižování dávky je doporučeno u závažného poškození ledvin. Opatrnosti je zapotřebí u pacientů se známou anamnézou prodloužení QT intervalu. **Nežádoucí účinky:** nejčastější tachykardie (1,2%) a infekce močových cest (2,9%). **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Betmiga nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv. **Uchovávaní:** žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma Europe B.V. Elisabethhof 19 2353 EW Leiderdorp, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/12/809/001-014. **Datum revize textu:** 6. 2. 2014. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplnou informací o přípravku. Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosu a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky. www.suki.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek

Reference:

- 1) Chapple CR, Amarencu G, López Aramburu MA et al. A proof-of-concept study: Mirabegron, a new therapy for overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 2013 Nov;32(8):1116-22.
- 2) Sacco E, Bientinesi R. Mirabegron: a review of recent data and its prospects in the management of overactive bladder. *Ther Adv Urol.* 2012 Dec;4(6):315-24.
- 3) Nitti VW, Khullar V, van Kerrebroeck P et al. Mirabegron for the treatment of overactive bladder: a prespecified pooled efficacy analysis and pooled safety analysis of three randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III studies. *Int J Clin Pract.* 2013 Jul;67(7):619-32.
- 4) Andersson K.E. New developments in the management of overactive bladder: focus on mirabegron and onabotulinumtoxinA. *Dove Press Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2013, April 17, 161 - 170.



Astellas Pharma s.r.o.,
Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Czech Republic,
www.astellas.cz
02-14-Betmiga

Věkem podmíněná makulární degenerace

Věkem podmíněná makulární degenerace sítnice (VPMD) je degenerativní onemocnění sítnice s maximem změn v její centrální části. Je nejčastější příčinou praktické slepoty populace starší 65 let ve vyspělých zemích.

V 80–90% případů je přetomna pomalu se rozvíjející „suchá“ atrofická forma VPMD a asi v 10–20% se vyvine rychle progredující „vlhká“ exsudativní forma s neovaskulární choroidální membránou (CNV), která je v 80–90% příčinou praktické slepoty (Seddon 2004) (viz obr. 1, 2). Náhlý zvrát VPMD do vlhké formy během 5 let je popisován až ve 26% případů (Donaldson 2006). V přirozeném průběhu způsobuje exsudativní forma VPMD ztrátu 2,7 řádku (13,5 písmene) ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) optotypů za rok a 4 řádků (20

písmen) za 2 roky (Wong 2008). Onemocnění se manifestuje zpravidla nejprve jednostranně, druhé oko je postiženo po 5 letech trvání u 50% pacientů, po 10 letech u každého nemocného.

Rizikové faktory

Prevalence onemocnění stoupá s věkem, rozsáhlé epidemiologické studie dokumentují výskyt nemoci ve věku 52–64 let u 1,6% osob, ve věku 65–74 let až v 11%, ve věku 75–85 let pak v 27,9% (Kahn 1977).

Dalším prokázaným rizikovým faktorem je rasa. Několik epide-

miologických studií ukázalo častější zastoupení VPMD u bělochů než u černochů (Schachat 1995, Friedman 1999). Významnou roli hraje i dědičnost. Byly identifikovány některé geny podezřelé ze spojitosti s VPMD (gen pro elongaci velmi dlouhých řetězců masných kyselin, gen pro fibroblastové růstové faktory, gen pro ABCA4, gen pro SOD2, gen pro komplement faktor H a komplement faktor B). Bylo prokázáno, že u sourozenců pacientů s VPMD je přibližně 4x vyšší riziko rozvoje onemocnění než u ostatní populace (Seddon 1997).

Posledním prokázaným rizikovým faktorem je kouření. V klinické studii POLA (*Pathologies Oculaires Liées à l'Age*) byla prokázána vyšší prevalence pozdních fází VPMD u kuřáků ve srovnání s nekuřáky. Zvýšené riziko bylo zjištěno u těch, kteří kouřili 20 a více krabiček cigaret za rok (Delcourt 1998). Mezi diskutované rizikové faktory patří rovněž pohlaví, cerebrovaskulární onemocnění, hladina cholesterolu a tuků v krvi, nutriční faktory a antioxidanty či sluneční záření (Klein 1997, Mitchell 1995, Taylor 1992, Goldberg 1988, The Eye Disease Case-Control Study Group 1992).

Etiopatogeneze

Primární změny při vzniku VPMD se týkají Bruchovy membrány (BM), retinálního pigmentového epitelu (RPE) a cévnatky. Pokles fagocytózy na fotoreceptorových membránách vede k ukládání lipofuscinu do BM a k tvorbě drúz. Další změnou je degenerace RPE, která způsobí úbytek fotoreceptorů v makule. Změny v BM mají za následek tvorbu trhlin, kterými prorůstají novotvořené cévy z cévnatky a které se šíří pod RPE nebo pronikají RPE a vrůstají mezi něj a neuroretinu. Tyto subretinální CNV způsobí odchlípení RPE nebo neuroretiny při exsudaci serosanguinózní tekutiny, subretinální a nebo intraretinální krvácení či fibrovaskulární, disciformní jizvení. Příčina uvedených změn stále není zcela objasněna, zřejmě pro multifaktoriální charakter onemocnění.

Symptomatologie

Onemocnění se projevuje příznaky postižení centrální krajiny sítnice. Přestože je postiženo pouze 5% z celkové plochy sítnice, pokles centrální zrakové ostrosti má za následek obtížné rozlišování tváří, nemožnost řízení motorového vozidla, sledování televize či vykonávání činností vyžadujících rozlišování detailu (psaní, čtení, ruční práce apod.). V případech vlhké formy se přidává pokřivení líní až centrální skotom. Zvyšuje se citlivost k oslnění, snižuje se kontrastní citlivost a schopnost rozlišení barev. U většiny pacientů zůstává periferní vidění zachováno i v konečných fázích onemocnění, takže nezpůsobí úplnou slepotu.

Počínající změny při suché formě VPMD představují dysrupce RPE a tvorbu drúz v makule. Drúzy jsou depozita extracelulárního materiálu, jež se ukládají typicky mezi vrstvu RPE a BM. Pro VPMD jsou typické drúzy střední (63–125 μm) a větší velikosti (> 125 μm) (viz obr. 3a, b). Velké, měkké drúzy mohou být často doprovázeny drúzovou ablací RPE. Dysrupce pigmentu se projevují jako ložiska hyperpigmentací a depigmentací v makule. Při progresivním úbytku buněk RPE a fotoreceptorů vzniká pokročilé stadium suché formy VPMD charakterizované geografickou atrofií RPE o velikosti 175 μm a více. Základním symptomem vlhké formy VPMD je přítomnost CNV, jež se projevuje hemoragickou ablací neuroretiny a/nebo RPE, intraretinální či subretinální exsudací, subretinálním prstencem pigmentového epitelu kolem CNV a serózní ablací neuroretiny a RPE (viz obr. 4a, b).

Terapie

Léčba VPMD zažívá v posledních dvaceti letech velký rozvoj. Na počátku byla veškerá snaha zaměřena především na terapii vlhké formy VPMD, která při přirozeném průběhu vede k praktické slepotě. V posledních letech se pozornost soustředí také na suchou formu VPMD s cílem zastavit rozvoj onemocnění a pře-

chod v exsudativní formu VPMD. Léčba suché formy VPMD se v současné době opírá o preventivní farmakoterapii. V průměrné sledovací době 6,3 roku bylo ve studii AREDS 1 (*Age-Related Eye Disease Study 1*) zjištěno snížení rizika těžké ztráty zraku o 25% při podávání antioxidantů, jako jsou vitamin E, vitamin C, beta-karoten, měď a zinek (Age-Related Eye Disease Study Research Group 2001). Při nálezu pokročilé suché formy VPMD lze v indikovaných případech s úspěchem použít hemorheoferézu, která vede k normalizaci metabolické výměny mezi RPE a cévnatkou s následným zlepšením funkce makuly a snížením rizika progresu do vlhké formy VPMD (Studnička 2013).

V současnosti se jako nejúčinnější léčba vlhké formy VPMD jeví aplikace léků působících proti vaskulárnímu endotelovému růstovému faktoru (VEGF). Neselektivním blokátorem VEGF A je ranibizumab (Lucentis, Novartis Pharma). Jedná se o rekombinantní humanizovanou monoklonální protilátka o velikosti 48 kDa zaměřenou proti všem izotopům VEGF A. Díky odstranění původní Fc části protilátky má sníženou imunogenicitu. Svou vazbou na molekulu VEGF A brání ranibizumab účinku VEGF na receptory endotelových buněk CNV, čímž zamezuje jejich růstu. Malá velikost molekuly umožňuje po intravitreální aplikaci jeho snadnou prostupnost přes sítnici k cílové CNV. Další výhodou je krátký plasmatický poločas ranibizumabu, který vede k rychlému odbourávání látky z organismu. Řada klinických studií prokázala jeho účinnost v léčbě všech typů vlhké formy VPMD při pravidelném měsíčním podávání i při podávání podle vývoje zrakové ostrosti a klinického nálezu (Rosenfeld 2006, Brown 2006, Holz 2011, Fung 2007).

Další látkou schválenou pro léčbu vlhké formy VPMD je aflibercept (Eylea, Regeneron and Bayer Healthcare), rekombinantní fúzní protein, který se skládá z částí receptorů VEGF 1 a 2 a Fc porce IgG₁. Po intravitreálním podání působí svými receptory jako návnada pro VEGF A a placentární růstový faktor a tím zamezuje jejich působení na receptory endotelových buněk sítnicových a choroidálních cév. Jeho účinnost byla prokázána při intravitreálním podávání jednou za dva měsíce po třech úvodních nasycovacích měsíčních aplikacích (Heier 2012). Další možností léčby vlhké formy VPMD je intravitreální aplikace



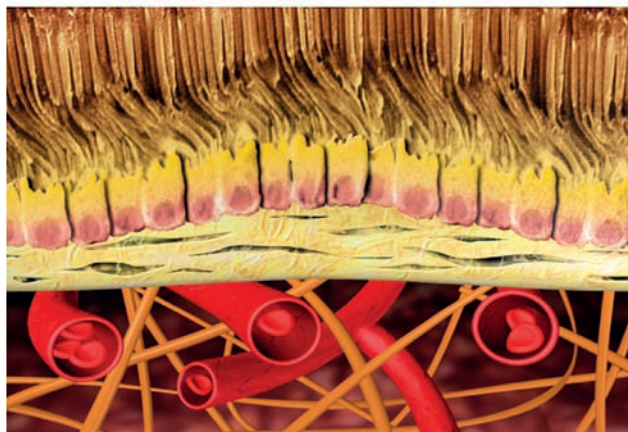
Obr. 1 Suchá forma VPMD



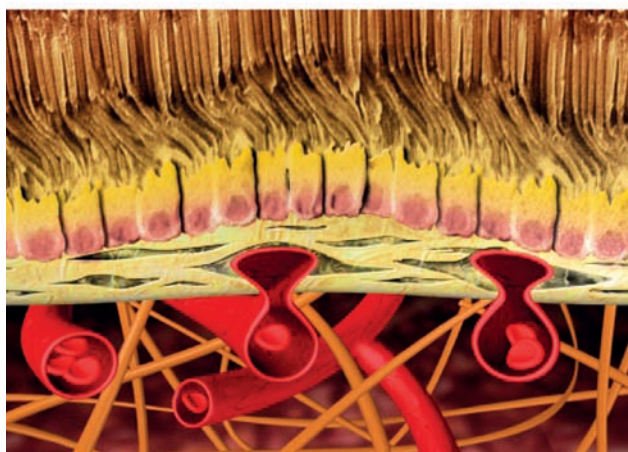
Obr. 2 Vlhká forma VPMD



Obr. 3a, b Suchá forma VPMD s měkkými drúzami a neporušenou vrstvou RPE a BM



Obr. 4a, b Prorůstání novotvořených choroidálních cév vrstvou RPE



bevacizumabu (Avastin, Roche), rekombinantní humanizované monoklonální protilátky IgG₁ o velikosti 149 kDa zaměřené proti VEGF A. Ta byla v roce 2004 v USA schválena Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) pro léčbu metastáz kolorektálního karcinomu. Mechanismem účinku bevacizumabu je inhibice VEGF a vzhledem k jeho prokázané účinnosti na růst CNV je od roku 2005 používán u pacientů s neovaskulární formou VPMD, přestože se jedná o *off-label* aplikaci (Rosenfeld 2005). Důvodem pro jeho použití je výrazně nižší cena ve srovnání se stejně efektivním ranibizumabem (Chakravarthy 2012, Martin 2012). V případě malých, extrafoveálních CNV lze použít argonovou laserkoagulaci, při které je tepelně ošetřena celá CNV. Její efekt byl prokázán studií *Macular Photocoagulation Study* (MPS) (Macular Photocoagulation Study Group 1991).

Závěr

Na základě dosud známých poznatků lze doporučit léčebný po-

stup u pacientů s VPMD, který z větší části vychází z dohody evropských sítnicových specialistů. Suchou formu VPMD lze ovlivnit profylaktickou farmakoterapií antioxidanty. Rheoferézu lze doporučit jako možnost zábrany progresu suché formy VPMD s převahou měkkých drúz v makule ve formu vlhkou. Pro léčbu všech typů vlhké formy VPMD jsou doporučovány blokátory VEGF A. Pokud CNV nedosahuje k centru místa nejostřejšího vidění, lze zvážit přímou destrukci patologické léze koagulačním laserem.

S novými léčebnými možnostmi se daří zvrátit nepříznivou prognózu tohoto zrak ohrožujícího onemocnění a většinu nemocných zachovat vidění či alespoň výrazně zbrzdit ztrátu zraku.

Literatura:

1. Age-related Eye Disease Study Research Group: A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene and zinc for age-related macular degeneration and vi-

sion loss. ARES Report 8. *Arch Ophthalmol* 2001; 119: 1417-1436.

- Brown DM, Kaiser PK, Michels M et al.: Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med* 2006; 355: 1432-1444.
- Delcourt C, Diaz J-L, Ponton-Sanchez A et al.: Smoking and age-related macular degeneration: the POLA Study. *Arch Ophthalmol* 1998; 116(8): 1031-1035.
- Donaldson MJ, Pulido JS: Treatment of nonexudative (dry) age-related macular degeneration. *Curr Opin Ophthalmol* 2006; 17: 267-274.
- Friedman DS, Katz J, Bressler NM et al.: Racial differences in the prevalence of age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 1999; 106(6): 1049-1055.
- Fung AE, Lalwani CA, Rosenfeld P et al.: An optical coherence tomography-guided, variable dosing regimen with intravitreal ranibizumab (Lucentis) for neovascular age-related macular degeneration. *Am J Ophthalmol* 2007; 143(4): 566-583.
- Goldberg J, Flowerdew G, Smith E et al.: Factors associated with

- age-related macular degeneration. An analysis of data from the first National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 1988; 128(4): 700-710.
- Heier JS, Brown DM, Chong V et al.: Intravitreal aflibercept (VEGF trap-eye) in wet age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2012; 119: 2537-2548.
- Holz FG, Amoaku W, Donate J et al.: Safety and efficacy of a flexible dosing regimen of ranibizumab in neovascular age-related macular degeneration: the SUSTAIN study. *Ophthalmology* 2011; 118(4): 663-671.
- Chakravarthy U, Harding SP, Rogers ChA et al.: Ranibizumab versus bevacizumab to treat neovascular age-related macular degeneration. One-year findings from the IVAN randomized trial. *Ophthalmology* 2012; 119: 1399-1411.
- Kahn HA, Leibowitz HM, Ganley JP et al.: The Framingham Eye Study. I. Outline and major prevalence findings. *Am J Epidemiol* 1977; 106(1): 17-32.
- Klein R, Klein BEK, Jensen SC et al.: The five-year incidence

and progression of age-related maculopathy: The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1997; 104(1): 7-21.

- Macular Photocoagulation Study Group: Argon laser photocoagulation for neovascular maculopathy. Five-years results from randomized clinical trials. *Arch Ophthalmol* 1991; 109: 1109-1114.
- Martin DF, Maguire MG, Fine SL et al.: Ranibizumab and bevacizumab for treatment of neovascular age-related macular degeneration. Two-year results. *Ophthalmology* 2012; 119: 1388-1398.
- Mitchell P, Smith W, Attebo K et al.: Prevalence of age-related maculopathy in Australia: The Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology* 1995; 102(10): 1450-1460.
- Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS et al.: Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med* 2006; 355: 1419-1431.
- Rosenfeld PJ, Moshfeghi AA, Puliafito CA: Optical coherence tomography findings after an intravitreal injection of bevacizumab (Avastin) for neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2005; 36(4): 331-335.
- Seddon JM, Ajani UA, Mitchell BD et al.: Familial aggregation of age-related maculopathy. *Am J Ophthalmol* 1997; 123: 199-206.
- Seddon JM, Chen CA: The epidemiology of age-related macular degeneration. *Int Ophthalmol Clin* 2004; 44: 17-39.
- Schachat APOD, Hyman L, Leske C et al.: Feature of age-related macular degeneration in a black population. *Arch Ophthalmol* 1995; 113(6): 728-735.
- Studnička J, Rencová E, Bláha M et al.: Long-term outcomes of rheoanapheresis in the treatment of dry form of age-related macular degeneration. *J Ophthalmol* 2013; 135798.
- Taylor HR, West S, Munoz B et al.: The long-term effects of visible light on the eye. *Arch Ophthalmol* 1992; 110(1): 99-104.
- The Eye Disease Case-Control Study Group: Risk factors for neovascular age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol* 1992; 110(12): 1701-1708.
- Wong T, Chakravarthy U, Klein R et al.: The natural history and prognosis of neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2008; 115: 116-126.

Nové možnosti a pohledy na stárnutí

„Plasticita mozku a rehabilitace – v čem je rehabilitace osob vyššího věku jiná?“ Tímto tématem se zabývala mezinárodní konference, kterou koncem dubna na počest životního jubilea prof. MUDr. Jana Pfeiffera, DrSc., uspořádala Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Záštitu nad ní převzali ředitelka VFN Dana Jurásková a děkan 1. LF UK profesor Aleksi Šedo.

Posílení pocitu bezpečí

Přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN Praha doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D., se věnovala rehabilitaci starších osob. Jak na úvod připomněla, podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO (ICF) z roku 2001 rehabilitace znamená obnovu nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu či nemoci nebo zmírnění trvalých důsledků nemoci či úrazu pro život a práci člověka. Zdůraznila, že je třeba dbát na vhodnou terminologii při diskusích o stárnoucí populaci. Za nejvhodnější označila slovo „senior“, v zahraničí se užívá pojem *late maturity*.

„Významnými faktory v rehabilitaci seniorů jsou aktivity denního života, na nichž je třeba se podílet, dále smysluplný život, sdílení pozitivních emocí, dostatek soukromí, zachování si určitých kompetencí a možnost vést důstojný život i pro pacienty s chronickým onemocněním či těžkou disabilitou. Je také důležité, aby seniorům byl zajištěn pocit bezpečí,“ řekla dále autorka sdělení a dodala, že nejčastějšími problémy, s nimiž se tyto lidi potýkají, jsou poruchy příjmu potravy

a porucha pocitu žízně a hladu, čímž dochází k dehydrataci a podvýživě, postupně se přidávají poruchy chuti, čichu, sluchu, zraku a celkově se zhoršuje komunikace. Hůře může fungovat termoregulace, v některých případech se přidává inkontinence, bolest, objevují se chronické rány, které je třeba ošetřovat, může se projevit hospitalismus či maladaptivní syndrom. Upozornila také na nebezpečí pádů, které je způsobeno závratěmi a poruchami rovnováhy.

Přidat život rokům

„Faktem je, že počet dlouhověkých lidí se zvyšuje. Podle statistických údajů činila průměrná délka života v USA v roce 1889 47 let, v roce 1999 to již bylo 78 let a pro rok 2099 se předpokládá, že dosáhne 120 let,“ konstatovala docentka Švestková. Dále uvedla příklady procentuálního zastoupení lidí starších 60 let. V České republice je to 23%, například v Itálii 18% a v Belgii či Řecku 17%. Důležitý ovšem není kalendářní věk člověka, ale takzvaný biologický věk. Americký kosmonaut John Glenn, narozený v roce 1921, je kosmonautem od roku 1959 a do kosmu byl vyslán ještě v roce 1998, kdy mu by-

lo 77 let. Zdůraznila, že zásadním z hlediska pohledu na stárnoucí populaci je její kvalita života. „Zdraví stárnoucí populace závisí na mnoha faktorech. Kromě faktorů socioekonomických jsou to fyzické prostředí, sociální chování, životní styl a životní úroveň, genetické faktory, výživa, aktivita (pohyb, práce, koníčky, intelektuální činnosti, volnočasové aktivity), možnosti žít v rodině nebo sám ve své domácnosti, dalším důležitým faktorem je zdravotně-sociální systém státu.“ Stárnoucí populaci také negativně ovlivňuje postoj společnosti, především rodiny, a pocit samoty bez lidských kontaktů, který bývá spojen s depresí. Je nutné seniorovi zajistit aktivity a radost z pozitivních reakcí okolí. Starý organismus je křehký a i z minimálních příčin se může vychýlit z rovnováhy směrem k patologii a patofyziologii.

„Těmto negativním jevům lze předcházet rehabilitací,“ zdůraznila doc. Švestková. „Jejím cílem je zlepšení kvality života. V interprofesním rehabilitačním týmu je nezbytné zajistit, aby se starší spoluobčan cítil dobře, žil v přátelském prostředí a požíval respektu. V USA se 85 procent celkových finančních prostředků v systému zdravotnictví vynakládá na péči o občany starší 65 let. Je třeba zavést u nás funkční hodnocení a provést transformaci zdravotního systému s ohledem na stárnoucí populaci v EU. Dále je nutné provést reformu sociálních služeb a podpor s důrazem na komunitní péči s cílem dosažení maximální možné kvality života. Významné jsou rovněž epidemiologické studie chronicky nemocných a zmapování vlivů stárnutí nebo preventivní programy k předcházení funkčnímu horšení stárnoucí populace spolu s pozorností věnovanou zmírnění funkčních následků u těchto osob. Důležitá je aktivní politika věnovaná této problematice a pořádání akcí zaměřených na



Doc. Olga Švestková a rektor UK prof. Tomáš Zima. | Foto: archiv 1. LF UK

seniory. Věk obyvatelstva se neustále zvyšuje. Podle odhadů bude struktura populace ve 21. století následující: 50–70 let střední věk (*middle age*), 71–85 let časné stáří (*early maturity*) a 86 let a výše pozdní stáří (*late maturity*),“ řekla docentka Švestková. Závěrem připomněla princip Organizace spojených národů týkající se péče o starší občany: „Je třeba udělat všechno pro to, abychom přidali život rokům, které byly přidány životu.“

Stárnutí mozku v zobrazovacích metodách

Přednostka Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV prof. MUDr. Pavel Kalvach, DrSc., ve svém sdělení uvedl, že podobně jako jiné tělesné tkáně a funkce i mozek prodělává s postupujícím věkem degenerativní změny. Ty se nevyhnutelně projevují na jeho mentální kapacitě, po 70. roce věku se často postupně propadají do demence. Světové doktríny se podle jeho slov snaží vykládat demence jednak v kategorii degenerativní, jednak v kategorii vaskulární, jako důsledky ischemické encefalopatie.

Tento názor na stárnutí mozku přednášející dle svých slov nesdílí, a proto předložil histologické a neuroradiologické obrazy standardní mozkové parenchymové deteriorace v jejích hlavních strukturálních projevech. Jak uvedl, ze snímků je patrná leukoaraióza jako histologické prořidnutí bílé hmoty se zvýšeným obsahem vody s parciální demyelinizací. Kromě CT je patrná hlavně na T2 vážených a FKAIR MRI snímcích. Ukazuje se vzestup střední difuzivity na snímcích vážených difuzí. Dochází k poklesu integrity nervových traktů na traktografických snímcích mozkové anizotropie. Obsah amyloidu narůstá, a to jednak v cévní stěně, jednak v podobě amorfní drtě v amyloidních extracelulárních placích.

Jak zpomalit involuci a zabránit růstu entropie

Důvodům, které zpomalují rehabilitaci u starších lidí, se věnoval doc. MUDr. František Véle, CSc., z katedry fyzioterapie FTVS UK. Jak řekl úvodem, ve stáří se zpomaluje rychlost hodin biologického počítače v mozku a pozorujeme, že za stejné časové období dokážeme dokončit méně úkolů než dříve. Zpomalení biologických procesů v těle je přirozeným důsledkem involuce, která probíhá podle termodynamického zákona, jenž říká, že míra nespolečnosti neboli entropie každého procesu se postupem času zvyšuje. Restituce funkce u seniorů tedy závisí na stupni involuce a entropie. Pohled na seniora u nás není podle autora sdělení přijatelný. „Za seniora se u nás obvykle považuje starší jedinec s akcentací tělesných potíží souvisejících s involucí ve stáří. Produktivní společnost seniory přehlíží. Přitom by měla zaujmout k seniorům spíše humanitní přístup než tržně ekonomický, s nímž se nejčastěji setkáváme,“ poukázal docent Véle.

Involuce podle jeho slov zpomaluje životní procesy a tím zdanlivě zrychluje čas, což ale platí individuálně. Entropie provází každý proces, tedy i životní. Zpomalení involuce a zabránění nárůstu entropie je možno pouze aktivní údržbou somatických i mentálních životních funkcí. Závisí to na způsobu pohybového chování člověka, vlivu vnitřního a zevního prostředí, emocionalitě a jejím ovládnutím, neboť pozitivní emoce mohou zrychlování času i nárůst entropie zpomalit a prodloužit tak životní aktivitu. Jako důkaz použil příklad studentů univerzity třetího věku: „Tito lidé jsou zbaveni reprodukčního tlaku a starosti o zaměstnání a kariéru a v průměru vykazují lepší studijní výsledky. Čas vyplňují úvahami nad vztahy mezi poznávanými fakty a prožívají objevitelskou radost, která je základem



Ředitelka VFN Dana Jurásková a prof. Jan Pfeiffer. | Foto: archiv 1. LF UK

studijního úspěchu. Osvojují si tím získané znalosti a nabývají moudrosti dospělého věku. Naproti tomu dnešní mladí studenti jsou zahlceni daty a nevěnují pozornost jejich spojování.“

Neschopnost prožít neúspěch či odříkání

Docent Vele dále hovořil o významu plasticity tkání. Ta umožňuje reparaci, a dokonce i růst tkáně a nových neuronů řídicích pohyb, ale s přibývajícím věkem se snižuje. Uvedl to na příkladu dětí, které se narodily bez horních koncetin, kdy návrat ztracené zdatnosti probíhá regenerací a rekonstrukcí nervové soustavy. V této souvislosti vyslovil otázku, zda platí heslo „Ve zdravém těle zdravý duch“. „Podívejme se třeba na geniálního astrofyzika Stephena Hawkinga, který může komunikovat pouze pomocí počítače,“ uvedl příklad. „V jeho nezdavém těle sídlí dokonce geniální duch. Není tedy možné soudit obecně, ale individuálně a respektovat neurčitosti v životě tak, jak je požaduje kvantová fyzika,“ dodal autor sdělení.

Dále konstatoval, že cílem hlavního proudu dnešní mladé generace je dosáhnout co nejvyšší měty a užívat si života, což je ovšem provázeno neschopností prožívat odříkání, ponížení či neúspěch. Zpomalení involuce podle něj přitom vyžaduje odříkání, sebekontrolu a schopnost prožít utrpení jako katarzi, jež vede k obratu, jak to dokázali duševně silní lidé, kteří kupříkladu přežili koncentrační tábor, odkud se kupodivu většinou vrátili zdraví.

Závěrem shrnul, že i u seniorů lze dosáhnout zlepšení zdraví i výkonnosti fyzické i mentální aktivním zpomalením involuce a snížením entropie aktivní změnou pohybového chování. A je toho možno docílit aktivní prací na sobě, která se nedá zastavit potížením a utrpením a musí být prostoupena hlubokou vírou nutnou k dosažení zamýšleného úspěchu. „Naše společnost sice všude požaduje lidská práva, ale zapomíná na nesnadné lidské povinnosti, které teprve opravňují nárok na tato práva a umožňují zlepšení života,“ podotkl nakonec.

Aktivní a zdravé stárnutí

Ředitelka Gerontologického centra Praha doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., hovořila o konceptu aktivního a zdravého stárnutí. Stáří označila za jedno z nejdelších období života. Populaci vyššího věku pak charakterizovala jako velmi heterogenní a její příslušníky rozdělila na elitní, aktivní, autonomní, soběstačné, křehké a závislé. Podotkla, že ve společnosti stále převažuje školometské uvádění kalendářního stáří u seniorů, a zdůraznila, že je potřeba inovativního pohledu na stárnutí, nového paradigmatu gerontologie a s tím souvisí i změny terminologie. Zmínila projekt, na němž pracuje Fakulta humanitních studií UK ve spolupráci s floridskou Nova Southeastern University ve Fort Lauderdale. Jeho důležitým výstupem je základní změna terminologie: do 75 let jde o střední věk, 75–90 let je raná zralost a 90 a více zralost. Připomněla také publikaci „Jak v České republice stárnout aktivně a zdravě?“, která má sloužit jako průvodce pro občany a samosprávy.

Připravilo ji Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče (CELLO) při Karlově univerzitě v Praze pod vedením autorky sdělení. Tento dokument vznikl v rámci projektu „FRAM – Nový politický rámec pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí“ realizovaného ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s dalšími partnery (www.framprojekt.eu).

„Cílem je zvýšit povědomí o problematice aktivního stárnutí a účast klíčových zainteresovaných subjektů ve vytváření politiky v oblasti aktivního stárnutí,“ uvedla docentka Holmerová. „Představit příklady dobré praxe a nabídnout obyvatelům obcí a jejich představitelům možnosti vzájemné spolupráce, podpory a dialogu s cílem rozvíjet podmínky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí, podpořit kvalitu, udržitelnost a dostupnost dlouhodobé péče a její efektivitu,“ zdůraznila. Projekt FRAM vycházel ze čtyř vzájemně propojených klíčových aktivit, kterými jsou sběr a analýza dat, výměna zkušeností, sumarizace doporučení a jejich šíření.

Autorka pak přítomné seznámila s výslednými doporučeními, která vycházejí z výsledků výzkumu realizovaného v rámci tohoto projektu i z dostupné literatury. „Provedli jsme analýzu webových stránek obcí, zejména těch s přenesenou působností, v rámci které jsme se zaměřili na informace určené pro občany se sníženou soběstačností a na seniory. Průběžně jsme sledovali další zdroje, které tyto informace poskytují. Oslovili jsme starosty obcí s rozšířenou působností a statutárních měst a požádali je o zaslání stručných informací (eventuálně relevantních odkazů) prostřednictvím velmi stručného dotazníku. V místech, která jsme navštívili, jsme mapovali strukturu služeb, aktivity občanů a spolupráci s obcí,“ dodala docentka Holmerová s tím, že šetření ukázalo mnoho místní iniciativy a dobré vůle. V praxi se však zatím narází na zásadní systémové překážky, jako jsou roztržité implementace příspěvků na péči a nekomunikace či nekompatibilita zdravotního a sociálního systému.

Markéta Mikšová

Zdravý mozek stárne přiměřeně

Na konferenci vystoupila také přednostka kliniky neuropsychologie a neurorehabilitace univerzitní nemocnice ve švýcarském Lausanne profesorka **Stephanie Clarkeová** s přednáškou na téma rehabilitace kognitivních funkcí.

Co bylo hlavním posláním vašeho sdělení na dnešním semináři?

Neurorehabilitace je velmi komplikovaný medicínský obor. Je multidisciplinární a skládá se především z kognitivní a neuropsychologické části. Svoji přednášku jsem chtěla ilustrovat, že to, co v neurorehabilitaci děláme, funguje a doopravdy pomáhá. A také že musíme rozumět procesům, které se v mozku odehrávají, abychom poznali, zda se mozková plasticita naší léčbou lepší a zda naše metody skutečně fungují. Kupříkladu při afázii, což je ztráta schopnosti porozumět nebo produkovat řeč, se pacient buď nemůže domluvit, nebo nerozumí. Jde také například o takzvaný *neglect* syndrom, který nastává po poškození mozku a spočívá v tom, že člověk nevnímá jednu polovinu zorného pole. Ve svém sdělení jsem vysvětlila procesy, kterými se vlastně dají aktivizovat synapse a propojení v mozku. Jde o to, že tyto procesy lze

funkčně zobrazit na modelech mozku, které ukazují rozdíly, jak funguje zdravý mozek a jak je tomu u mozku poškozeného. Chtěla jsem také představit nejrychlejší možnosti rehabilitace a postupy jak mozek aktivizovat.

Na co se specializuje klinika, kde působíte?

Původně se skládala ze dvou částí. Jedna se zabývala neoropsychologií a rehabilitací v celé univerzitní nemocnici, druhou část tvořila nemocniční a ambulantní neurorehabilitace. V roce 2007 se obě části spojily a já kliniku od té doby řídím. Nemocnice sídlí v kantonu, který má 700 tisíc obyvatel a naše klinika spolu s ještě jednou zajišťuje hlavní část neurorehabilitace pro tuto část Švýcarska. Také se zabýváme výukovou činností na lékařské fakultě, učíme především fyzioterapii, ergoterapii, máme hodně doktorandů, kteří se dále vzdělávají. Na klinice pracuje i několik výzkumných skupin, které se zabývají

nejrůznějšími aspekty plasticity mozku, pracují v oblasti kognitivních funkcí nebo se věnují výzkumu motoriky.

Účastníte se výzkumného projektu, který kombinuje vyšetřování kognitivních funkcí a funkční organizaci lidské mozkové kúry...

Tento projekt financuje naše národní grantová agentura. Používáme vizuální a sluchový systém jako model plasticity u zdravých účastníků výzkumu a u probandů s poškozením mozku, ať už jde o cévní příhody, traumatická poškození či tumory, prostě všechny druhy poškození mozku. Jedná se vlastně o dobrý model pro výzkum základní organizace mozku. Je to důležité i pro výzkum expresivní a senzorické afázie a vlastní komunikaci.

Co vás z dnešního odborného programu nejvíce zaujalo?

Myslím, že všechny přednášky byly na velmi dobré úrovni, hlavně sdělení mladých odbor-

níků jsou velmi zajímavá. Nejvíce se mi ale líbila vysoká účast. V posluchárně byli lidé z různých oborů a všichni byli zapálení pro neurorehabilitaci. S profesorem Pfeifferem jsem se poprvé setkala asi před 12 lety na jednom semináři a pokaždé, když jsem tam, vidím více zájmu o tento obor a více nadšení. Za velmi důležitou považují také účast pacientských organizací a jejich zájem o tuto problematiku.

Vy jste se narodila v naší zemi, že?

Ano. Rodiče se v 60. letech rozhodli emigrovat přes Vídeň a skončili jsme ve Švýcarsku, kde jsem pak dochodila školu. Po maturitě jsem absolvovala lékařskou fakultu na univerzitě v Lausanne.

Jste v Česku pracovně často?

Moc ne, naposledy jsem tu byla před dvěma roky. Ale když se tu děje něco pro mě pracovně zajímavého, vždycky ráda přijedu. Mám tu hodně kolegů, se kte-



Stephanie Clarkeová.

Foto: archiv I. LF UK

rymi spolupracujeme a s nimiž mám kontakt přes neurorehabilitaci, ale i přátelé.

Jak mozek stárne ve srovnání s ostatními orgány lidského těla?

Jak dnes bylo mnohokrát řečeno, zdravý mozek stárne dobře. Samozřejmě ve stáří je těžší si na některé věci rychle vzpomenout. Nosíme v hlavě spoustu vzpomínek, které někde v mozku uchováváme. Ale jinak, pokud mozek není poškozen, se hodně jeho funkcí jenom věkem nezhoršuje. Je samozřejmě dobré vědět, čím máme mozek stimulovat a chránit, aby si své funkce zachoval co nejdéle a při dobré kvalitě.

(eta)

Nové kóty na mapě **nejvyšší** kvality kýlní chirurgie

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Nemocnice Přerov se jako první v Evropě staly držiteli ocenění „Centrum nejvyšší kvality v kýlní chirurgii“, a to v rámci globálního programu zaměřeného na dokumentaci a zlepšování kvalitativních standardů kýlních operací. Úspěšnou certifikací se tak obě nemocnice začlenily do mezinárodně uznávané mapy léčby kýly a zdá se, že půjde o začlenění stabilní.

Certifikaci v kýlní chirurgii zajišťuje společnost Surgical Review Corporation (SRC). Provádí ji v rámci svého nového globálního programu Centers of Excellence in Hernia Surgery (COEHS). Pilířem programu je vytvoření sítě certifikovaných center COEHS a kýlního registru BOLD. Jeho cílem je pak vyšší spokojenost pacientů a snížení nákladů ve zdravotnických systémech.

Obě české nemocnice o účast v projektu požádaly samy. Pro získání certifikace poskytly informace o všech aspektech svých programů a postupů kýlní chirurgie včetně dat o výsledcích chirurgických zákroků, úspěšně prošly akreditačním procesem a závěrečným auditem. Certifikace se týká jak zařízení, tak příslušných chirurgů. Certifikovanými chirurgy SRC jsou MUDr. Petr Hasala, Ph.D., a MUDr. Pavel Maršálek ve Středomoravské nemocnici, a. s. – Nemocnici Přerov a prim. MUDr. Jakub Štefka ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Audit ověřil všechny aspekty programu

Certifikační audit pracovišť pro program COEHS, jejichž účelem je ověřit, zda jednotliví žadatelé plní požadavky na certifikaci, provádí chirurg dr. Neil E. Hut-



Přednosta Chirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc. (vpravo) přebírá certifikát z rukou dr. Neila Hutchera a Mikea Warthena ze společnosti SRC. | Foto: Martin Kubica

cher, FACS, ze Severní Karoliny – viceprezident Clinical Compliance, předseda představenstva SRC a především všeobecně uznávaný odborník specializující se na pokrok v oblasti chirurgických výkonů a vzdělávání pacientů na federální i státní úrovni v USA. Dr. Hutcher provedl audit v České republice ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a Nemocnici Přerov. Ty se uskutečnily v dubnu, ale s chirurgickými týmy těchto nemocnic na nich americký odborník spolupracoval již od letošního ledna. V každé nemocnici strávil celý den auditem všech aspektů programů a postupů kýlní chirurgie včetně vý-

sledků chirurgických zákroků. Hovořil také s vedením nemocnic, členy multidisciplinárního týmu, týmem kliniků a ošetřovateli, kteří pečují o chirurgické pacienty s kýlou a jsou s nimi v kontaktu.

Informace společně vytvářet i využívat

Neil Hutcher spatřuje hlavní přínosy programu COEHS v lepších výsledcích a nižší frekvenci komplikací kýly, větší spokojenosti pacientů, chirurgů a personálu, snížení nákladů a v neposlední řadě i ve standardizaci péče o pacienty. Přístup k centrálnímu kýlnímu registru (BOLD) poskytuje podporu klinického rozhodování, umožňuje měření a porovnání výsledků programu, zpřístupňuje data z dlouhodobých sledování umožňující ověření úspěšnosti léčby a je významným mezinárodním fórem pro výměnu informací a společný výzkum.

„Pro chirurgy náš program znamená zvýšený počet chirurgických zákroků a příjmu pacientů, uznání kolegů i pacientů a také možnost odlišit se od ostatních,“ shrnuje dr. HUTCHER dosavadní zkušenosti s COEHS. „Programu se již účastní USA, Indie, Nigérie a Rusko. Zájem vyjádřilo i několik zemí na Blízkém východě a z asijsko-pacifické oblasti

program plní standardy společnosti pro zkvalitňování moderní léčby kýly a poskytuje profesionální fórum pro výměnu informací a vzdělávání o stávajících i budoucích metodách diagnostiky a léčby. Doufáme, že i další společnosti rozpoznají tyto výhody a budou své členy povzbuzovat k účasti,“ uzavírá americký odborník.

Spolehlivě operuje ten, kdo operuje často

Kýlní chirurgie je specializací vyžadující značnou zkušenost, nestačí jen dobře umět všeobecně břišní chirurgii. Ve spojení s dostatečnou praxí, respektive četností provádění výkonu pacientům zajišťuje dobré klinické výsledky a zabraňuje chronické bolesti a recidivě kýly (viz rámeček). Operace mohou být složité zejména u recidivující kýly. Důkazy svědčí pro to, že specializovaná centra provádějící velký počet zákroků vykazují lepší výsledky a dosahují nižších nákladů. V těchto specializovaných centrech zároveň častěji pracují multidisciplinární týmy komplexně zajišťující potřebnou péči.

Jana Jílková

Třetina případů recidivuje

Celosvětově kýly představují závažný medicínský problém. Je to dáno značnou četností jejich výskytu, nemocností, komplexností, operačními selháními, náklady a v neposlední řadě i nesjednoceným názorem na nejlepší praxi.

Nejčastější je tříselná kýla

Incidence kýly dosahuje 3–5 %, z toho nejčastěji se vyskytuje kýla tříselná (75 %), následuje pupeční (10 %) a stehenní (8 %). U mužů jsou případy kýly troj- až čtyřnásobně častější než u žen. Je to dáno zejména postupem tříselným kanálem při sestupu varlete v intrauterinním vývoji. Podle databáze TforG jsou v regionu Evropy, Blízkého východu a Afriky (EMEA) každoročně provedeny více než 2 miliony kýlních chirurgických zákroků v odhadovaných nákladech pro zdravotnictví převyšujících částku 20 miliard USD, což je více než 396 miliard Kč. Četnost recidiv se pohybuje mezi 20 a 45 % (zdroj: SRC).

Statistické údaje zveřejněné Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) vykazují přibližně 30 tisíc kýlních operací v České republice ročně, což zahrnuje všechny typy kýly – tříselné, břišní, umbilikální ad. Operací tříselné kýly bývá ročně přibližně 12 tisíc.

Ročně se dělá o desetinu víc výkonů

Počet primárních kýlních chirurgických výkonů ročně roste o více než 7,5 % (zdroj: Hernia Repair Devices Market – Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends and Forecast, 2013–2019) a očekává se, že tento trend bude nadále pokračovat v důsledku řady faktorů, například prodlužující se délky života, obezity, zneužívání tabáku a dalších návykových látek, širokého používání steroidů a imunosupresiv, zvyšujícího se počtu laparoskopických výkonů a delšího přežití pacientů se zhoubnými nádory.

Roste počet kýly vzniklých předcházejícími chirurgickými zákroky. Obecně platí, že na 10 milionů obyvatel připadá 60 tisíc laparotomií (všech typů) ročně (zdroj: SRC). Výskyt pooperačních kýly v jivě představuje 15 % ≈ 9 tisíc případů ročně na 10 milionů obyvatel (zdroj: SRC). Frekvence recidiv těchto kýly se pohybuje kolem 35 %, což představuje dalších více než 3 tisíce případů ročně na 10 milionů obyvatel.



Neil Hutcher v rozhovoru s lékaři Chirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV Lukášem Havlujem, Pavlem Lisým a Jakubem Štefkou. | Foto: Martin Kubica

Certifikace je jako crash test u auta

„Proces certifikace bych přirovnal ke crash testům u auta – a my doufáme, že ty naše budou vycházet i nadále dobře. Získání certifikátu ‚Centra nejvyšší kvality v kýlní chirurgii‘ je významným krokem ke zkvalitnění péče o tuto skupinu pacientů,“ říká primář Chirurgické kliniky 3. LF UK a FKNV MUDr. Jakub Štefka.



Je u kýly opravdu vždy nutné chirurgické řešení? Nemůže dojít ke spontánnímu zhojení?

Pokud kýla, tedy prostoupení orgánů dutiny břišní přes stěnu břišní, vznikne, pak opravdu sama nezmizí. Jednou výjimkou je pupeční kýla u novorozenců, ta se do dvou let věku dítěte neoperuje, svalový korzet břicha během svého vývoje kýlu zpravidla pomůže zreparovat. Pokud však pupeční kýla nezmizí, operovat se musí také.

Bez chirurgického řešení vystavujeme pacienta riziku velmi závažných komplikací, zejména uskřínutí kýly, kdy do ní vnikne některý břišní orgán, například střevní klička. Pokud klička projde břišní stěnou a kýlní brankou, může dojít k její ischemizaci, perforaci a následně k flegmoně.

Jaké jsou základní metody chirurgického řešení?

Existují dvě základní – *tension on a tension free*, tedy plastiky napěťové a beznapěťové. Napěťové plastiky, jejichž vývoj je historicky starší, lze zjednodušeně dobře demonstrovat na případu tříselné kýly: tříselný kanál preparujeme, kýlu reponujeme a fascie jednotlivých vrstev sešijeme k sobě. Techniky jsou různé, liší se například i podle toho, kolik vrstev a jaké fascie se sešijí. S *tension on* jsou spojena velká jména historie chirurgie, zejména se na nich podílel italský lékař Edoardo Bassini, velké soubory a studie postupů mají také na Shouldice Hernia Center v kanadském Ontariu.

Problémem však je, že napěťové techniky vedou k poměrně velké recidivě. Tkáň už jednou poškozená a sešitá se tahem destruuje, stehy se mohou prořezat a kýla se obnoví.

Proto se od 70. let vyvinuly techniky *tension free*. Znamená to nechat si defekt otevřený, stěnu nahradit sítkou a tu fixovat k jednotlivým částem defektu. Vytvoří se tak zábrana opětovnému proniknutí kýly. Sítko fakticky působí jako náhrada břišní stěny. Obojí se týká předního přístupu, čili klasického řezu například v třísele. Teď ale nastal boom miniinvasivní chirurgie, laparoskopie. U laparoskopické endoplastiky jde principiálně o to, že se sítko nevkládá zvenčí přes kůži, nýbrž zevnitř a aplikuje se do stěny břišní, defekt se tedy zavírá zevnitř ve stěně břišní. Sítko je kryta pobřišnicí tak, aby nedocházelo ke styku orgánů dutiny břišní přímo se sítkou.

Kdy lze volit laparoskopickou endoplastiku namísto klasického řezu?

Laparoskopie má kromě svých výhod obecně i řadu nevýhod, zejména v souvislosti s celkovým zdravím pacienta. Vždy se provádí kapnoperitoneum, tedy umělé naplnění peritoneální dutiny oxidem uhličitým. To může negativně působit na pacienty s některými interními onemocněními, zejména kardiálními, protože tlak z dutiny břišní je přenašán na bránici, plíce a srdce. To je jedna ze zásadních limitací laparoskopie jako takové. Obec-

ně je k laparoskopii nutný dobrý stav kardiopulmonální soustavy. Pokud je u pacienta vyhovující, dáváme přednost laparoskopické technice.

Jaké bývají nejčastější komplikace operace kýly a jak jim lze předcházet?

V souvislosti s aktuálním výkonem může vzniknout krvácení, infekce v ráně, nesnášenlivost sítky. Z pozdních komplikací je to zejména recidiva. Pooperačním a perioperačním komplikacím se lze vyhnout zvládnutou chirurgickou technikou, pozdní komplikace, zejména recidivy, by neměly překročit 5% v rámci celého operovaného souboru. Důležitou roli při snižování výskytu komplikací samozřejmě hraje vysoká četnost, s níž pracoviště operace provádí, tedy praxe v chirurgické technice. Význam má také nastavení pracoviště, od kvality týmu až po zázemí, které má k dispozici. To vše samozřejmě pomáhá komplikacím předcházet.

Proto jsme vytvořili specializované kýlní centrum. Stali jsme se centrem excelence v kýlní chirurgii a tím i součástí většího celku těchto center. Je to aktivita americké společnosti SRC, která už tuto ideu prosadila například v bariatrické chirurgii. Prošli jsme poměrně těžkým půlročním martyriem akreditačního řízení, a to nejen my, ale i celá nemocnice, včetně zázemí, lůžek JIP, režimu personálu, režimu na sále... Zařazením do takového systému se pracoviště dostává do katego-

rie kontrolovaných center, která musejí projít akreditačním řízením, čili musejí splňovat podmínky, aby certifikát dostaly, a následně se zavazují k tomu, že budou pokračovat podle nastavených kritérií kvality a budou svými údaji plnit světový registr. To umožňuje vznik obrovských souborů informací a následně jejich využití.

Jsou součástí hlášení do BOLD i data vycházející z dlouhodobého sledování pacienta po operaci?

Ano a začíná to již od rozsáhlé anamnézy, následují detaily o operaci, pak se doplňují údaje o kontrolách, komplikacích, recidivách... Výsledkem jsou tisíce popsanych případů ročně, kde je uveden i použitý materiál, technika a délka operace či komplikace v pooperačním průběhu. Komparací tak velkých souborů lze dojít k závěrům s vysokou výpovědní hodnotou, například z hlediska zkušeností s materiály.

Certifikace byla hodně medializovaná. Neobáváte se, že vám přibude enormní množství pacientů?

My jsme na velké tempo zvyklí. Na Vinohradech operujeme ročně celkem 350–360 všech kýl, tedy nejen tříselných, což je asi 7 procent všech kýl odoperovaných v Česku za rok. Tohoto výsledku dosahujeme ve spolupráci s centrem jednodenní chirurgie v Neratovicích, takový počet jen těchto výkonů bychom sami ne-



MUDr. Jakub Štefka. | Foto: Martin Kubica

zvládli, protože vinohradská chirurgie je specializovaná zejména na velké výkony a onkochirurgické zákroky. Ve velké nemocnici je dobré řešit také kýly recidivující, multilokulární (tedy s několika brankami) a incizionální, čili kýly v operační ráně. Po velkých laparotomiích, jak se dělají například pro rozsáhlé nádorové operace, se až 30 procent pacientů zahojí kýlou v jizvě, což pak často řeší naše pracoviště.

Proces certifikace bych přirovnal ke crash testům u auta – a my doufáme, že ty naše budou vycházet i nadále dobře. Získání certifikátu „Centra nejvyšší kvality v kýlní chirurgii“ je významným krokem ke zkvalitnění péče o tuto skupinu pacientů. Znamená pro nás možnost celosvětového srovnání výsledků práce a také konfrontaci trendů a využití jednotlivých operačních technik. Splnění náročných podmínek k udělení tohoto certifikátu pro Chirurgickou kliniku 3. LF UK a FKNV považují i za odborné ohodnocení naší dosavadní práce v mezinárodním srovnání. Jsme jedním z těch, jejichž výsledky se stávají měřítkem pro ostatní pracoviště.

Jana Jílková



Proces certifikace – zleva: MUDr. Havlůj, dr. Hutcher, prim. Štefka a Mike Warthen. | Foto: Martin Kubica

ZAJÍMAVÉ PRACOVIŠTĚ

Poruchy dýchání ve spánku jsou podceňovány

Spánková apnoe není podle současných výzkumů u většiny pacientů s onemocněními kardiovaskulárního systému správně diagnostikována a léčena. V Brně proto začalo pracovat kardiovaskulární spánkové centrum, které je jedním z vůbec prvních pracovišť v Evropské unii, jež se na tuto problematiku specializují.

Dosud opomíjená oblast

Centrum se zabývá významem poruch spánku a spánkové apnoe a jejich vztahu ke kardiovaskulárním onemocněním. „Je to jedna z velmi důležitých a doposud zcela opomíjených oblastí kardiologie, která skýtá velké možnosti zlepšení péče o kardiologické pacienty. Při znalosti toho, jak je spánková apnoe u kardiologických pacientů častá, a také vzhledem k tomu, že ji většina pacientů nemá diagnostikováno, jsme se rozhodli využít zkušeností Mayo Clinic a založili jsme při 1. interní kardiologické klinice LF MU a FN u sv. Anny a Mezinárodním centru klinického výzkumu (ICRC) spánkové centrum,“ vysvětluje důvody vzniku tohoto pracoviště jeho vedoucí lékař doc. MUDr. Tomáš Kára, Ph.D. V kardiovaskulárním spánkovém centru jsou vyšetřováni výhradně kardiaci, kteří vyžadují speciální péči. Jde o výrazně rizikové pacienty s diagnózou těžkého srdečního selhání, po infarktu myokardu apod. „Většina spánkových laboratoří není na takové pacienty připravena jak v oblasti přístrojového vybavení, tak v kvalifikaci personálu. To je důvodem, proč zatím kardiologičtí pacienti byli mezi pacienty vyšetřovány v spánkových centrech menšinou,“ dodává docent Kára.

Multidisciplinární problematika

Každý ze čtyř pokojů spánkového centra v ICRC je vybaven stej-

ně jako běžná jednotka intenzivní péče, takže zde lze vyšetřovat pacienty, kteří dosud v běžných spánkových laboratořích kvůli riziku komplikací vyšetření být nemohli. Ve spánkových laboratořích centra se využívá technika pro polygrafické vyšetření, měření aktivity mozku, očí, jednotlivých svalů, proudění vzduchu ústy a nosem, dýchacích pohybů a zaznamenává se také saturace krve kyslíkem.

„Centrum přináší tu nejlepší diagnostiku pro léčbu poruch spánku. Výraznou odlišností od jiných spánkových center je skutečnost, že pro některé pacienty v těžkém stavu jsou zde speciální technologie, které umožňují pomocí polysomnografie a polygrafie provést přímo na lůžku i léčbu,“ říká Tomáš Kára.

Brněnské kardiovaskulární spánkové centrum je podle jeho slov unikátní i v možnostech nasazení vhodné terapie již během vyšetření. „Většina spánkových laboratoří pracuje tak, že během noci technik pouze nahrává data a následně ráno naměřená data hodnotí lékař a stanoví diagnózu. My jsme stejně jako v laboratoři na Mayo Clinic schopni provádět během noci skórování a můžeme postupovat podle takzvaného *split-night* protokolu, který u nás zatím nikdo nedělá. Pokud se v první polovině noci zjistí těžká apnoe, ve druhé polovině se již přistupuje k terapii, pacient dostane masku a provede se nastavení vhodné ventilační terapie. Během vyšet-



Inspirací bylo pro docenta Káru (vpravo) stejně zaměřené centrum na Mayo Clinic, odkud ICRC čerpá zkušenosti a know-how. | Foto: David Daniel

ření již tedy začíná i samotná léčba,“ popisuje docent Kára. Při koncepci centra byl také brán ohled na fakt, že v případě spánkové medicíny jde o multidisciplinární obor, takže v centru síce primárně působí kardiologové, ti ovšem spolupracují s odborníky na plicní medicínu, ORL specialisty, neurology a specialisty na funkční diagnostiku.

Pomoc díky špičkovým technologiím

Po správné diagnostice následuje hledání léčebných metod, jež skýtají řadu možností. Jejich volba záleží na tom, jak je apnoe závažná a jaké konkrétní onemocnění pacient má. Lehké formy apnoe bez kardiologických komplikací lze léčit běžnými metodami, změnou životního stylu, snížením nadváhy nebo pohybovými doporučeními.

„Pokud je apnoe těžší nebo kardiologické onemocnění závažnější, přistupujeme k ventilační terapii, kdy se aplikují přístroje, jež umožňují udržovat během spánku průběh dýchání na fyziologické úrovni. Význam hraje zejména to, o jaký druh apnoe se jedná. U obstrukční, kdy dochází k uzávěru dýchacích cest, se využívá terapie pomocí kontinuálního nosního přetlaku, pacient dostává speciální masku a v pří-

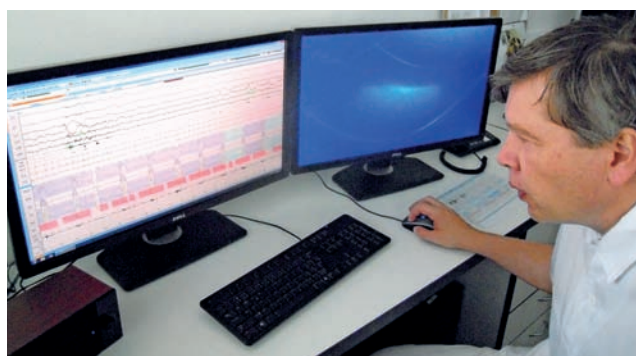
padě, že dýchání neprobíhá, jak má, přetlak otevírá dýchací cesty a dýchání normalizuje,“ vysvětluje vedoucí lékaři. Když odborníci v centru zjistí, že u nemocného dochází ke vzniku apnoe, musí dotyčný přijít na druhou spánkovou studii, vybere se pro něj optimální typ masky a pomocí speciálního přístroje se určí úroveň přetlaku, aby byly průchodné dýchací cesty, ale aby přístroj zároveň nenarušil spánek. I dobrý průběh spánku má totiž význam pro úspěšnou léčbu kardiologických onemocnění. Diagnostika závažné spánkové apnoe přitom pro pacienty zpravidla znamená trvalé používání přístroje.

Certifikované procesy

Inspirací pro vznik brněnského centra byla práce profesora Virenda Somerse, který je průkopníkem kardiovaskulární spánkové medicíny na Mayo Clinic, kde založil největší centrum zaměřené na tuto problematiku. Od roku 2001 byla na tomto pracovišti popsána řada onemocnění, u nichž spánková apnoe hraje zásadní význam. Ukázalo se, že má vliv na náhlou srdeční smrt, představuje rizikový faktor pro infarkt myokardu, fibrilaci síní a řada výzkumů našla i souvislost apnoe se vznikem hypertenze a její progresí.

Do kardiovaskulárního spánkového centra ICRC nyní byly přeneseny zkušenosti z Mayo Clinic, jejíž odborníci se sami na vzniku brněnského pracoviště podíleli. Šlo jak o návrh řešení centra, jeho dispozici, technologie a kvalitu nahrávaných signálů, tak o zaškolení personálu. „Již nyní má centrum v ICRC certifikaci České společnosti pro výzkum spánku jako pracoviště se všemi parametry pro akreditaci pro klinické programy, všechny procesy v centru rovněž splňují standardy potřebné k certifikaci v USA – od lepení elektrod až po provádění léčebných úkonů. Naším specialistům bude díky spolupráci s Mayo Clinic umožněno, aby na konci roku složili americké nostrifikace. Budou prvními pracovníky u nás s touto kvalifikací,“ uzavírá docent Kára.

David Daniel



Záznamy polysomnografie mimo jiné ukazují aktivity mozku, četnost apnotických pauz nebo saturaci kyslíkem. | Foto: David Daniel



Moderní přístroje umožňují provést vyšetření těžce nemocných pacientů přímo na lůžku. | Foto: David Daniel

eHealth a telemedicína: robotické operace a telechirurgie – 27. díl

Robotické operace jsou součástí tzv. robotické chirurgie, kdy chirurg dálkově ovládá robota. Nejčastěji jde o ovládání v rámci jedné místnosti, existují však i transkontinentální operační zákroky. Proto tento obor patří do oblasti telemedicíny.

Kromě dálkových operací by sem však měly v rámci telechirurgie patřit i možnosti dálkových konferencí, chirurgického eLearningu, synchronní a asynchronní lékařské konzultace, monitoring pacientů a další techniky, které telemedicínské disciplíny charakterizují. V reálné praxi si však telechirurgii obvykle spojujeme výhradně s roboty a robotickými operacemi. Výstižnější než robotická chirurgie je název roboticky asistovaná chirurgie, protože zákrok provádí chirurg, robot „pouze“ přenáší jeho pohyby a odstraňuje výchyly (například při třesu ruky). Robot může manipulovat s nástroji zručněji než lidská ruka, zvyšuje se přesnost a kontrola provedení chirurgického zákroku nad úroveň lidského faktoru.

Od sci-fi k transoceánským operacím

Historie robotické chirurgie se začala psát na počátku 80. let minulého století. Jde tedy o obor poměrně mladý, který se neustále vyvíjí a zdokonaluje se používaná technika. K historickým počátkům robotické chirurgie patří neurochirurgická biopsie, provedená v USA pomocí robota Puma v roce 1985. Operátér, doktor Yik San Kwok, tehdy pronesl dodnes platný výrok: „Robotické rameno je bezpečnější, rychlejší a méně invazivní než současné chirurgické postupy.“

První operační robot, nazývaný *Arthrobot*, byl vyvinut už dva roky před tím. Ve světě sci-fi ovšem nacházíme literární zmínky už například v roce 1934 v knize „Rex“ spisovatele Harla Vincenta, kde se robot-operátér snažil předělat lidstvo k obrazu robotů. První uskutečněnou mezikontinentální operací byla transatlantická operace Lindbergh v roce 2001, jež proběhla mezi New Yorkem a Štrasburkem. V New Yorku se nacházel tým, který ovládal robota, a ve Štrasburku byli pacientka a druhý tým lékařů, který byl kdykoli připraven zasáhnout a převzít operaci. Tento projekt si vynutil mnoho výjimek ze zdravotnické legislativy. Problémy se

zákony má také projekt Kongo, který se zaměřuje na telechirurgii v rámci pomoci třetímu světu. Operace prováděné roboticky se zaměřují především na obory obecné chirurgie, urologie, gynekologie, cévní chirurgie, kardiochirurgie a ta-



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

ké neurochirurgie. Hlavní výhodou robotických operací je zvýšení přesnosti, kontroly a zručnosti, se kterou je prováděn chirurgický zákrok. Každý robot má v sobě zabudovaný počítačový systém, jenž zvyšuje přesnost pohybů lékaře a tím bezpečnost operace. Naopak nevýhodou této technologie je, že chirurg nemá možnost zpětné hmatové vazby a nemůže si místo zákroku osahat. Musí se spoléhat pouze na svůj zrak a zkušenosti. Nezanedbatelnou nevýhodou jsou také vysoké pořizovací náklady – ceny robotů se pohybují v desítkách milionů korun.

Všeobecně lze roboty využívané v oblasti chirurgie rozdělit do tří základních skupin.

Asistivní roboti

Plní hlasové příkazy a jejich cílem je nahradit asistujícího lékaře. Takovým robotem je například *AESOP (automated endoscopic system of optimal positioning)*. Je to robotické rameno, které je ovládáno hlasem a lékař ho při operaci používá k držení laparoskopických nástrojů. Robot provede zadaný úkol pouze v případě, že dobře rozuměl. V opačném případě neudělá nic. Každý lékař, který s robotem pracuje, má svou osobní kartu, na kterou namluvil základní anglické příkazy. Při operaci je rameno nastaveno do potřebné polohy a chirurg má obě ruce volné pro provádění dalších řezů. Robot dokáže přesouvat nástroje v přesných krocích. Na rozdíl od lidského asistenta drží nástroje dlouho ve stabilní poloze a nikdy se neunaví.

Zobrazovacími technikami navádění roboti

Příkladem je *CyberKnife* neboli kybernetický nůž. Ten v minulosti

výrazně rozšířil možnosti léčby především v oblasti onkologie. *CyberKnife* vysílá pomocí robotického ramene svazek tenkých paprsků. Ozařované místo je neustále monitorováno a robot reaguje na sebemenší podnět. Tím je zajištěno, že nedojde k poškození zdravé tkáně a nástroj je správně nasměrován pouze na nádor. Robot je schopen se přizpůsobit pohyblivému cíli, například nádoru v plících, s přesností na 2mm.

Jiným příkladem je robot *NeuroMate*. Je to systém používaný v oboru neurochirurgie. Je schopný se pohybovat po předem naplánované trajektorii, a to s přesností vyšší, než mají lidské ruce. Do této kategorie patří rovněž *ROBODOC*, který byl vyvinut již v roce 1992 ve Velké Británii. Slouží k přípravě stehenní kosti při výměně kyčelního kloubu.

Chirurgičtí roboti

Jedná se o roboty, kteří jsou ovládání lékařem z pracoviště vzdáleného několik metrů, ale může se dokonce nacházet i v jiném státě. Cílem těchto robotů je provést minimálně invazivní operaci, jejíž výhodou je kratší doba rekonvalescence pacienta, šetrnější provedení zákroku a v neposlední řadě snížení procenta chybivosti chirurga.

Minimálně invazivní chirurgie se začala vyvíjet na začátku 90. let minulého století, kdy byla do praxe uvedena laparoskopie. Od té doby se hranice možností chirurgie posunuly hodně kupředu. Nemálo tomu pomohli právě roboti a s jejich pomocí prováděné operace. Hlavním rozdílem mezi laparoskopickým nástrojem a operačním robotem je, že laparoskop umožňuje pohyb pouze nahoru, dolů a do stran, zatímco robotické nástroje jsou schopné se pohybovat stejně jako lidská ruka. Při laparoskopické operaci má také chirurg k dispozici pouze dvojrozměrný obraz a třetí rozměr musí nahradit svými zkušenostmi, zatímco robot zobrazuje operační pole trojrozměrně.

Operační robot se skládá ze tří základních částí. Jsou jimi operační konzole, což je čtyřramenný pohyblivý systém, dále přístrojová věž s několika dalšími důležitými komponenty a třetí částí je ovládací konzole. Lékař sedí u této konzole a před sebou má velký monitor, na kterém vidí trojrozměrný obraz operačního pole. Rukama ovládá speciální táhla nebo joysticky a jeho pohyby jsou přenášeny na ramena operačního robota.

Umělá inteligence těchto pomocníků je natolik vyspělá, že jsou schopni zamezit pohybům v případě, že si myslí, že by mohly být nebezpečné. V takové situaci požadují od operátéra potvrzení tohoto pohybu a až poté pokračují v operaci. Robot nepřenáší do koncovek třes rukou chirurga, a tak nehrozí nebezpečí špatného pohybu či zásahu do zdravé tkáně. Lékař navíc u operace sedí a ruce má opřené o pevnou podložku. Odpadá tak únava, která je u několikahodinových operací běžná.

V Leonardových šlápěch

Historicky prvním operačním robotem byl *Arthrobot*, který byl vyroben a poprvé použit ve Vancouveru v Kanadě v roce 1983. V té době bylo vyvinuto ještě několik podobných robotů, kteří sloužili například k držení nástrojů během operace, případně při operaci nahrazovali asistenta lékaře. Mezi historicky významné patřil též robot *ZEUS*, který měl tři robotické paže. Jednou paží byl již zmíněný laparoskopický *AESOP*, umožňující chirurgovi vidět uvnitř těla pacienta. Zbýlá dvě ramena napodobovala pohyb chirurga. *ZEUS* skončil v roce 2003, kdy se jeho výrobce *Computer Motion* sloučil s konkurenční společností *Intuitive Surgical*, jež je autorem dnes nejrozšířenějšího systému *da Vinci*. Ten byl původně vyvinut pro americkou NASA a měl sloužit pro potřeby kosmonautů na meziplanetárních výpravách, operace vojáků v ponorkách a na letadlových lodích či na bitevních polích. Systém *da Vinci* dnes v robotické chirurgii jednoznačně dominuje,



Foto: archiv Nemocnice Na Homolce

je, proto se někdy roboticky asistovaná chirurgie nazývá i *da Vinci* chirurgie. Pojmenování po Leonardu da Vincim prý bylo zvoleno proto, že právě on jako první vynalezl robota, a také pro jeho anatomické znalosti, přesnost a trojrozměrné detaily v jeho pracích.

Zkušenost chirurga je nenahraditelná

První instalace robotického systému *da Vinci* v České republice proběhla v roce 2005 v Nemocnici Na Homolce v Praze. Jedním z prvních lidí operovaných touto metodou u nás byla pacientka trpící obezitou, která podstoupila adjuktabilní bandáž žaludku. Celá operace trvala asi 150 minut a nestaly během ní žádné komplikace. Moderní technologie sice posunula hranice možností telechirurgie, ale ani ten nejmodernější robot zatím neumí nahradit zkušenosti chirurga. Na lékaře jsou kladeny stále nové nároky. Operace prováděná s pomocí robota vyžaduje – stejně jako ta klasická – zkušeného operátéra i operační tým. Výrazná eliminace rizik spojených s chirurgickými zákroky a zvýšení bezpečnosti pacientů jsou však dostatečnou motivací pro provádění zákroků touto metodou.

Robotické operace jsou velmi žádané a upřednostňované hlavně pro svou přesnost, rychlost a spolehlivost. Jsou proto častým bodem zdravotnických reforem. V minulosti existovaly návrhy, že by měly být považovány za nadstandardní péči, a tudíž by byly částečně, nebo dokonce plně hrazeny pacienty. Lékaři a zdravotničtí odborníci však s tímto přístupem nesoouhlasí, argumentují možným znevýhodněním určitých skupin pacientů a v neposlední řadě také nedostatečným využitím drahých operačních přístrojů.

Causa Klemens Bergl

Motto: Nic není zahaleného, co nebude jednou odhaleno, a nic skrytého, co nebude jednou poznáno.

(Lukáš 12, 2)

Moderní dějiny střední Evropy jsou plné hororových zvrátů, při nichž trpěly desítky milionů lidí. Nejvíc ti bezbranní. Na některé z nich „velká“ historie zapoměla, například na duševně nemocné. Teprve v posledních letech začíná dluh umořovat a následující článek je jednou z malých splátek. Ukazuje zlou dobu 2. světové války na života běhu **MUDr. Klemense Bergla**, prorektorátního ředitele tehdejšího Zemského ústavu pro duševně nemocné v Kosmonosích. Což ještě nebylo to nejhorší místo...

MUDr. Klemens Bergl se narodil 2. července 1884 jako Clemens Alexander Ernest Bergl v Nových Hradech/Gratzen v čísle popisném 1. O tři dny později byl pokřtěn. Za kmotry mu byli MUDr. Clemens Beznoska, hraběcí zámecký lékař a, jeho manželka Albína. Číslo 1 byla rezidence hrabat Buquoyů (dnes hotel), tvořící celou východní stranu novohradského náměstí. Otec malého Klementa, Johann Bergl, tu působil jako hraběcí sekretář, matka se jmenovala Margaretha Johanna, rozená Prochaska. Studoval na německém státním gymnáziu v Českých Budějovicích a pokračoval nejprve na technice v Mnichově, pak přešel na medicínu a absolvoval v Praze. MUC. Bergl tehdy bydlel v Lipové ulici č. 5, takže to na fakultu vskutku neměl daleko. V roce 1909, ještě jako medik, stážoval na mnichovské psychiatrické klinice u profesora Emila Kraepelina.

Velitelem psychiatrie ve Lvově

Medik Bergl je zapsán jako řádný člen pražského přírodovědného spolku „Lotos“ (*Deutscher Naturwissenschaftlicher-Medizinischer Verein für Böhmen „Lotos“*, založen 1851), jehož členy bývali například J. E. Purkyně či Ernst Mach. V téměř spolku již figuruje jeho budoucí starší soupeřník v Kosmonosích, tehdy soukromý docent patologie Franz Xaver Lucksch (1872 Libědice u Kadaně – 1952 Praha). Ten působil v patologickém ústavu pražské německé univerzity v Nemocniční ulici (pozdější II. patologicko-anatomický ústav prof. Václava Jedličky). Nevíme, kdy Bergl promoval, v úvahu přichází rok 1909 či 1910. Stal se asistentem německé psychiatrické kliniky v Praze (1910–1920), v letech 1920–1923 provozuje soukromou praxi. Vojenskou službu absolvoval v letech 1910–1911 v posádkové nemocnici č. 11 v Praze. Jako

jednorozční dobrovolník byl nejprve jmenován do hodnosti *Assistentarzt-Stellvertreter* (tedy *Kadett*), do zálohy pak povýšen na poručíka (*Assistentarzt in der Reserve*). Za první světové války byl mimo jiné velitelem psychiatrického oddělení posádkové nemocnice č. 14 ve Lvově. Za války stihl i časopisecky publikovat o reflektoricky ztuhlých zornicích následkem výbuchu granátu (*Dtsch med Wochenschr* 1915; 41(39): 1161). Demobilizován 12. 4. 1919 jako setník-lékař (*Kapitänarzt*) posádkové nemocnice v Praze, v pozdější standardní terminologii kapitán zdravotní služby, vedený v záloze u 1. československého pluku Jana Husi v Českých Budějovicích a později u divizní nemocnice č. 5 (DN 5) v Českých Budějovicích. Z toho lze zpětně dovodit jeho hodnost *Regimentsarzt* v c. k. armádě, jež odpovídala hejtmanovi. Z armády byl vyřazen 31. 12. 1934, tedy ke konci roku, v němž dosáhl padesátí let.

Z lichváře vynálezem

Berglovou první manželkou byla Nelly, roz. Riemerová (*10. 1. 1891), poloviční Židovka, již si vzal v červnu 1914 a s níž měl v srpnu 1922 dceru. To se mu mimochodem stalo v pozdější kariéře nepříjemnou překážkou. Bydleli v pětipokojovém bytě na Ferdinandově nábřeží 29, Praha-Smíchov (od roku 1919 nábřeží Legií, dnes Janáčkovo). Bergl tam měl soukromou praxi chorob duševních a nervových (1920–1923), kde provozoval například fototerapii. Manželka se však od něj odstěhovala k matce ještě v témž roce, když ho nechtěla následovat na plánované místo ředitele nově zřizovaného nervového sanatoria ve Slavonicích. Praha je zkrátka Praha.

Bergl se tehdy zapletl do finančního skandálu v souvislosti s odprodejem svého bytu a praxe. Šlo o 60 tisíc Kč požadovaných za přenechání nájmu a zprostředkování, což byl přečin proti § 14 zákona č. 275/1920 Sb., o ochraně nájemníků. Takto protiprávně vyplacenou částku bylo možno do 6 měsíců napadnout a žádat

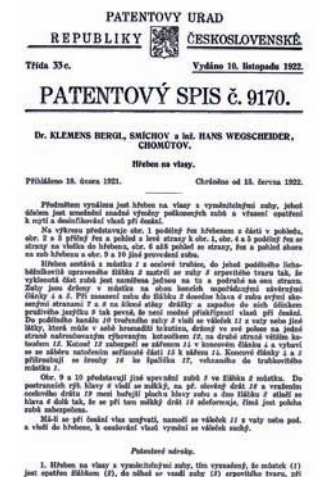
zpět i s úroky. Věc skončila před Zemským trestním soudem, kde byl Bergl obviněn z bytové lichvy. Žaloval ho kolega, praktický lékař židovského původu dr. Gustav Deval. Bergl však zmizel v říjnu 1922 do Berlína, kde dle pozdější soudní výpovědi (1924) jeho bratrance Jaroslava skončil zcela nemajetný. Uprchl před exekucí ve výši 62 500 Kč a neměl ani na advokáta, protože jeho prostředky vzápětí pohltila německá inflace 20. let. Něco z peněz zanechal manželce pro případ, že by se za ním chtěla přestěhovat do Berlína, kde bydlel na Jeverstrasse 4, Berlin-Steglitz, později Augsbuergstrasse 29, Berlin-Charlottenburg. Sám bratranec a další příbuzná Kornelie Berglová (bytem rovněž na Smíchově) byli do věci zapleteni, žalována byla i Kornelie.

V Německu se živil na volné noze jako vynálezce a technický zlepšovatel. Tuto činnost, patrně jako hobby či na přílepenou, provozoval již dříve. A skutečně lze dohledat řadu jeho patentů: chirurgický sprej, pesary, lubrikanty, skládací ramínko na šaty, dlahy, hygienický hřebec na vlasy s výměnnými zuby, zavadeč tamponů či zařízení na výrobu chladu. V Berlíně i podnikal, provozoval společnost s ručením omezeným pod názvem „Dr. Bergl's Sprudelmilch“ na adrese Kronprinzenufer 19, později Brandenburgische Strasse 53. V berlínském adresáři je možno firmu prokázat v letech 1927–1930, poté mizí. Podle názvu se patrně jednalo o cosi jako efervescentní, respektive sodovkové mléko.

Otevírání nových obzorů

Není doloženo, zda se v Německu věnoval medicíně. Je možné vyslovit hypotézu, že ho v oněch těžkých dobách tamější stavovská organizace jako cizího státního příslušníka do praxe jakožto nevídanou konkurenci vůbec nepřipustila. V roce 1926 se v ČSR ještě nevyskytuje, v roce 1933 již má přechodné bydliště na Smíchově, Smetanova 13 (u matky), a v roce 1936 rozbíhá praxi lékařské chorob duševních a nervo-

vých, opět na Smíchově, nedaleko Původního bydliště, na adrese v Lesičku 3 (za Protektorátu „Im Wäldchen“). Angažuje se u *Deutscher Kulturverbandu* při *Deutsches Haus* v Praze (na místě dnešního Slovanského domu) a v německé lékařské organizaci. V pohnutých letech 1938–1939 nemůže nevnímat otevření nových obzorů. Stává se čekatelem NSDAP. Pak ho čeká studená sprcha. Členství je mu v roce 1939 odepřeno, židovský původ exmanželky a zejména existence potomka z tohoto vztahu je nepřekonatelnou překážkou. Ještě se pokouší u krajského stranického soudu, ale verdikt v roce 1940 je konečný. Nicméně je stranou alespoň označen za jinak politicky spolehlivého a 19. července 1940 mu Vůdce propůjčuje „Pamětní medaili na 1. říjen 1938“, zvanou též „*Sudeten-Medaille*“. 29. července 1939 získává své první obřad a nastupuje jako pomocný úřední lékař u úřadu německého vrchního zemského rady (*Oberlandrat*) v Jičíně, působí i jako soudní znalec. K 1. listopadu 1940 je pak jmenován ředitelem Zemské léčebny pro duševně nemocné (*Landesanstalt für Geisteskranken*) v Kosmonosích s titulem vrchního zdravotního rady (*Obersanitätssrat*). Má za sebou válku ve velitelství pozici, stáží u Kraepelina,



Dnešní podoba Berglova bydliště v Lipové ulici v Praze. | Foto: autor

Jeden z patentů přihlášených Klemensem Berglem.

| Foto: archiv Úřadu průmyslového vlastnictví

Z HISTORIE



Klemens Bergl. | Foto: Národní archiv Praha

asistenturu na fakultě, zkušenosti ze soukromé praxe i ze studijní cesty po psychiatrických zařízeních v Německu a Skandinávii. Je jak psychiatrem, tak neurologem. Technicky nadaný, se zkušeností v podnikání. Není pochyb, že je odborníkem s potenciálem řídit velký ústav.

Nicméně jednání o nabídce trvalo měsíce. Bergl zprvu kladl poměrně vysoké požadavky platové i naturální, musel však poněkud slevit. Na druhé straně byl splněn jeho požadavek na odchod ředitele dr. Rudolfa Vinaře do Bohnic k datu Berglova nástupu. Vinař pracoval v ústavu od roku 1909 a jeho ředitelem byl od 1. 10. 1935. Splněna byla i dotace na novou laboratoř (5 tisíc RM) z úřadu říšského protektora.

Do léčebny za onoho dušičkového dopoledne přijíždí autem spolu se svým starším přítelem, emeritním profesorem Franzem Luckschem, který se stane ústavním patologem. Jeho dlouhodobými odbornými zájmy jsou tuberkulóza, bakteriologie a vrozené vady. Budou mu přezdívat „Pérák“. Jednou z jejich společných vazeb jsou židovské manželky a potíže z toho plynoucí. K nástupu obdrží gratulaci dalšího akademického přítele, profesora dermatovenerologie na lékařské fakultě německé Karlo-Ferdinandovy univerzity a mocného muže Německé lékařské komory pro Čechy a Moravu Richarda Wagnera (1885–1942). Ubytuje u sebe v ústavním bytě i svou starou matku (* 11. 2. 1863) a 9. 1. 1941 se oba řádně přihlásí k pobytu v Kosmonosích.

Pořádek musí být

Berglovi je 56 let a toto je zřejmě vrchol, tedy i limit jeho kariéry. Na rozdíl od řady vedoucích činitelů, s nimiž bude muset jednat a spolupracovat, není ověřen stranickými funkcemi, či dokonce hodnostmi SS. To je pro něj komnata uzavřená na sedme-

ro zámku. Musí se o to více snažit. Osvědčit se. Být užitečný. Z mocensko-politického hlediska je vlastně outsiderem s máslem na hlavě a slabostí pro finance. Umí si však budovat osobní vztahy. Cesta jak se stát snadno ovladatelným a poplatným. Dělat víc než jen plnit příkazy.

Nyní má svou léčebnu. V roce 1922 se to nepovedlo, teď má kapitán konečně svou loď i s posádkou. Sedm lékařů na cca 1350 lůžek a ne zcela vstřícný ošetrovatelský personál s řadou špatných návyků. Chce tam mít především pořádek. Nestrpí šlendrián a laxnost. Začíná něčím, co bychom dnes nazvali audit kvality péče. Vydává oběžníky, instrukce, svolává k poradám, koná odborné semináře. Lékaři povedou pořádně zdravotnickou dokumentaci. U každého zápisu musí být jasné, kdo ho pořídil. Lékaři doplní objektivní anamnézy. Není možné, aby ani u dlouhodobých pacientů nikdo nezapsal, o co vznikla a vývoji choroby říká rodina. Vrátný dostává příkaz, aby posílal návštěvy za lékaři. Při jazykových potížích přivolat mne, jsem pro tyto případy připraven pomoci (*hilfsbereit*). Je nemyslitelné, aby pacienti neměli řádně zdokumentovaný objektivní somatický nálezný, zejména neurologický. Všem jsem rozdal tzv. bernsdorfské schéma. Je to stylizovaný panáček, na němž se smlouvými značkami dokumentují neurologické odchylky. Doplní se u všech pacientů zpětně. Nedávám zatím pevný termín, ale očekávám od žurnálních lékařů, že k tomu využijí čas ve službě. Lékaři se také budou systematicky vzdělávat. Oběh časopisů stále neklape. Včas vracet, aby se dostalo na další. Články, které zaškrtnu, zreferuje vyzvaný lékař na semináři a všichni budou připraveni na toto téma diskutovat. Důležité je zůstat odborně na výši (*auf dem Laufenden bleiben*)... Buduje laboratoř a věnuje jejímu rozběhu dovolenou. Technika ho baví. Žádá své lékaře o návrhy na vyšetřovací metody. Co ještě zavést, o co by měli zájem.

K ošetrovatelům se obrací razantně, ale zřejmě marně, neboť ostrom tónu rok od roku roste. Přestane se krást. Hlavně jídlo. Jak rovnou v kuchyni, tak pacientům na oddělení. V kuchyni nechci vidět nikoho, kdo tam nemá co dělat. S majetkem léčebny zacházet šetrně. Dodržovat pracovní dobu. Neřádkat se, neprodlužovat pauzy na oběd. Není možné, abych neočekávaně přišel na oddělení a u pacientů nikdo, všichni zašití, klepají a štrikují, nemocní

přítom neobstaraní, pokálení. Vedoucí pracovníci odpovídají za chování a práci podřízených. Žádná falešná solidarita. Kdo bude přistižen, bude mu okamžitě zrušen pracovní poměr. V případě krádeží padne i trestní oznámení. Nepřípustné je jakékoli zneužívání závislosti nemocných či protežování některých z nich. Zde budu trestat...

Apeluje se na profesní čest a poctivost. Jeho slova zní rozumně a autenticky, žádné nacistické fráze.

Ozdravené tělo národa

Potom se objeví i jiné stránky jeho osobnosti. Uvidíme dále. Teď malá odbočka: Na konci 19. století vznikla nepochopením populární genetiky eugenická móda. Propadl jí – alespoň teoreticky – kdekdo. Němečtí a švýcarští psychiatři však vzali věc vážně a dále do důsledků rozvíjeli v době, kdy ji vyspělý svět opouštěl. Ty myšlenky se dají najít už u velkého Kraepelína i Eugena Bleulera. A Bleulerovým žákem byl zloplavěný švýcarský profesor Ernst Rüdin, který se posléze stal říšským Němcem a nacistou. Dokonce ideovým arbitrem, vůdčím duchem.

V odborných kruzích postupně zdomácněla myšlenka, že vyšší etický princip velí neutrácet náklady na zdravotní a sociální péči beznadějně „nevyléčitelných“ pacientů. Je nutné věnovat prostředky i síly lékařů těm vyléčitelným. V tradici staršího organicismu je rovněž třeba ozdravit tělo národa (*Volkskörper*); má být zahájena kolektivní terapie *per se*. Jiné krajní ideologie užívaly výraz „společnost“ a místo biologických kritérií zvolily sociální. Společný jmenovatel: Jedinec je ničím, kolektiv vším. Nic nového. Snaha konstruovat společnost a vědět, co je pro druhé nejlepší, a to i proti jejich vůli.

Tahle úchylka elit se pořád vrací jako třídní zimnice. My lékaři k ní máme obzvláštní sklon, daný podstatou profese. Nežůstat u řešení konkrétního pacienta. Pojmout věc šířeji. Sociálně, preventivně. Ano, ale velký pozor na limity. Vůle pacientů a obecně občanů stojí vysoko nad expertním míněním. Ne vždy to chápeme a respektujeme.

Neužiteční jedlíci

V roce 1934 se v Německu začalo masově nuceně sterilizovat. Roku 1939 byla zahájena „eutanzie“ postižených dětí maskovaná výzkumem dědičných chorob. Proč uvozovky? Protože šlo o zneužití pojmu v jiném významu. Vykradení smyslu slov. Zašitíly to lékařské autority a stala se z toho norma. Přímí vykonavatelé ztratili vědomí nepatřičnosti. Na podzim 1939 přišli na řadu dospělí. V šesti říšských léčebnách (Hartheim, Pirna-Sonnenstein, Bernburg, Brandenburg, Hadamar, Grafeneck) byly zřízeny plynové komory. Vznikla celá síť shromažďovacích zařízení a zvláštní, obecně prospěšná (!) dopravní společnost, která využívala ke svážením pacientů pověstně šedé autobusy.

Pracovalo se na základě velmi povrchní rychloselekcce. Berlínská lékařská komise po stovkách na jedno posezení hodnotila selekční dotazníky (*Meldebögen*) z léčeben. Rozhodovala prognóza, délka pobytu (nad 5 let rovnalo se rozsudku smrti) a zejména míra pracovní využitelnosti. Rentabilita pacienta. Ostatní se stali nehodnými života, neužitečnými jedlíky (*unnütze Esser*). Vražedění postupně místo hávu ideologického dostává pláštík brutálně ekonomický. O kom tak odborníci usoudí, je utracen jako dobytče. Udušen oxidem uhelnatým, předtím však na hrudi označkován, zda má zlaté zuby a zda

má jeho mozek jít na pitvu. Ještě dlouho po válce na těchto preparátech publikovali renomovaní autoři.

Lidé byli svlečeni a zavedeni do „sprch“. Kohoutkem musel otočit vždy lékař. Šlo přece o vysoce odbornou záležitost. Jen v Pirně-Sonnensteinu v Sasku takto zahubili 15 tisíc lidí, v době nejvyššího výkonu svedli „vyříditi“ až 2,5 tisíce za měsíc. Limitujícím faktorem bylo spalování mrtvol v ústavním krematoriu.

Falšovalo se datum, místo i příčina úmrtí. Posílaly se soustrastné dopisy příbuzným (*Trostbriefe*). Plánovali zmasakrovat 100 tisíc lidí, stihli 70.

Levněji a nenápadněji

Pak se objevily protesty veřejnosti. Těžko si je v nacistickém státě roku 1941, tedy na vrcholu slávy tehdejší moci, představíme. Je to překvapení, ale bylo tomu tak. Shromáždění místních občanů i příbuzných, blokování odjezdu transportů, dopisy vysokým nacistickým funkcionářům, veřejná vystoupení katolické i evangelické církve a v opisech šířená kázání. S distribucí tu pomáhalo i Královské letectvo. Hitler při tažení do Ruska nepotřeboval komplikace v zázemí. Instinkt populisty mu poradil věc pozastavit. Stalo se tak rozkazem 24. srpna 1941.

Činnost organizační centrály, součásti vůdcovy kanceláře (*Kanzlei des Führers; KdF*) na berlínské Tiergartenstrasse 4 (odtud „Akce T4“) však neustala. Registrace pacientů pokračovaly. Organizátoři doufali v nový start. Sterilizovalo se dál, děti se zabíjely dál. Až do konce války. Zkušenosti „odborníci“ od plynových komor byli na podzim 1941 převeleni do Generálního gouvernementu k „Akti Reinhard“ (holocaust) pod aegidou Himmlera, Heydricha & Co., kde vraždění teprve



Kosmonosy - ústav.

Kosmonosy 1940

Z HISTORIE

nabylo apokalyptických rozměrů. Technika a organizace již byly natrénovány. Šlo to jako dobře namazaný stroj.

Další likvidace duševně nemocných a mentálně retardovaných se decentralizovala. V různé míře se pomáhalo „přirozenému“ průběhu v podmínkách strašného vyhladovění, extrémního natěsnání, chladu, stresu a neposkytnutí adekvátní péče. V tomto prostředí bujely maligní formy tuberkulózy. Už žádný plyn a převozy. Šlo to mnohem levněji a nezápadněji. Někdo nicméně ještě dělal barbiturátové „kúry“ v rámci urychlení. Vše pod velkým tlakem na uvolňování lůžek, který z Berlína vykonával generální komisař pro zdravotnictví, jeden z Hitlerových lékařů a pověřenec pro program „eutanasie“, generál zbraní SS, profesor Karl Brandt (1904–1948), oběšený Američany 1948 v bavorské věznicí Landsberg, kde Hitler kdysi v cele sepisoval svůj „Mein Kampf“. Uzavřel se tu jeden z kruhů dějin.

V protektorátu ležící, německy vedená

Německo let 1943 a 1944. Probíhá těžké spojenecké bombardování a musí se vyrovnat s traumatologickou epidemií. Duševně nemocní se v rámci medicíny kastrofů plánovitě přesouvali na východ, na méně ohrožená území; bylo třeba využít každého místa pro raněné. Obětí této „divoké“ fáze bylo přes 200 tisíc. Dohromady včetně hubení neuzitečných vězňů („Akce 14f13“) se bilance dostává na 300 tisíc mrtvých. Někteří byli spočítáni a jsou známa i jejich jména, z větší části jde pochopitelně o odhady. Velká část nové říšské župy Sudeoty přišla po Mnichovu o spádovou

psychiatrickou léčebnu. Vznikl chaos, který byl nakonec vyřešen smlouvou z června 1940 o využívání části kapacity kosmonoské léčebny ležící v tzv. protektorátu. Byla trefně charakterizována jako *im Protektorat gelegene, Deutsch geleitete*, tedy v protektorátu ležící, německy vedená (z dopisu úřadu říšského místodržícího v Sudetech Konráda Henleina). Postavení léčebny se tak stalo velmi specifickým a přímo se nabízelo ke shromažďování pacientů německé národnosti z Protektorátu, jejich selekci a odesílání do likvidačních zařízení.

Dr. Bergl se tak stal jakýmsi rezidentem řízeným z Mnichova mladým lékařem dr. Curtem Schmalenbachem (1910–1944), emisarem centrály T4, vrahem-doktorem (*Cashahnarzt*) z několika zařízení, mimo jiné z Pirny-Sonnensteinu. Společně prováděli inspekci českých léčeben a chystali se na moravské. Byl to Bergl, kdo organizoval rozesílání a shromažďování selekčních dotazníků, pověstných *Meldebögen*. Jaké měl pocity, když mohl úkolovat ředitele ostatních léčeben, určovat jim termíny a jejich neplnění urgovat? Jeho přípisy začínaly slovy: „Z pověření říšského protektora Vás žádám...“ Může se stát, že moc a důležitost jsou někdy sladší než peníze? Nebo aspoň rovnocenné? Bergl byl v tomto směru velmi aktivní. Dokonce ještě skoro rok po zákazu „Akce T4“ psal dopis komplici Schmalenbachovi, co bude dál s tou jejich *záležitostí*.

Automatická selekce skrz TBC

Nemáme tu případ dr. Jekylla a pana Hyda? Či stavbu mostu přes řeku Kwai? Jak do něčeho podobného člověk sklouzne? Ne-



Dr. Curt Schmalenbach.

| Foto: Universitätsarchiv München

čekané snadno. Většina lidí není ani zlých, ani dobrých. Převažuje šedá zóna, řídící se normou danou stavem okolní společnosti. Co je a co není přijatelné, je konvence a podléhá kritériu obvyklosti. Peníze, kariéra, morální slabost, oportunismus, strach, máslo na hlavě, poplatnost. Ale i legitimní snaha dělat svou věc dobře, což činí člověka vydrážděným. Zkrátka normalizace. Vždyť to známe. Jenom to neskončilo vražedným šílenstvím, což je spíš shoda okolností než zásluha. Princip zůstává. Jedinci s kategoriemi morálními imperativy narazí a jsou marginalizováni. Odklizeni minimálně do bezvýznamnosti. Osud disentu.

Z kosmonoské léčebny nakonec neodjel do plynové komory v Pirně-Sonnensteinu nikdo. Transпорty měly začít 8. září, tedy 15 dnů po zastavení akce. Úmrtnost v kosmonoské léčebně však strmě stoupala, zejména v letech 1943–1945, a přesáhla tempo dokumentované z jiných ústavů, i když srovnatelnost je pro onu dobu velmi sporná. Kvanta zemřelých dokonce kriticky překročila kapacitu místního hřbitova a urychleně se hledalo nouzové řešení. Nyní je to předmětem dalšího výzkumu.

Strašný hlad, krajní natěsnání, šíření infekcí, tuberkulóza – to vše konalo své dílo. Zde zůstávají nejjasnosti. Pomáhal tomu někdo? V 60. letech se to plošně vyšetřovalo, ale nic se neprokázalo. Snížení dávek potravin stanovovaly úřady. Podobně tomu bylo i v Horních Beřkovicích. I tak úmrtnost na tuberkulózu pokračuje všechny meze. Hubí nemocné mnohonásobně více než v roce 1909, tedy v době, kdy nemoc byla v populaci podstatně běžnější. Rozdíl mezi 10 a 70 procenty je vskutku nápadný. Řadí dokonce daleko více než v Terezíně. Zkoumají se proto i další indicie...

„V mém zařízení vykonává nyní tuberkulóza, podobně jako za první války, automatickou selek-

ci. Úmrtnost zejména mezi schizofreniky a oligofreniky je dost značná. Též zaopatření již činí výrazné obtíže; rovněž zřetelně přibývá válek podmíněných psychóz, zejména reaktivních depresivních stavů. Přesto v průběhu roku poklesl počet pacientů o 20 % oproti normálnímu stavu,“ píše Bergl příteli Schmalenbachovi do Mnichova v roce 1942.

Už žádní Češi!

V roce 1941 je Bergl nucen přijmout část personálu ze zrušené léčebny ve Šternberku. Ujišťuje se předem, zda jde o personál německý, protože další Češi jsou neúnosní. Má s ošetrovatelským personálem potíže. Krom toho má být léčebna německá. Nemá pro ně ale ubytování, píše dopisy, improvizuje. S německými lékaři přeloženými ze Šternberka (MUDr. Josef Theer a MUDr. Josef Holzer) je spokojen. Propouští české zaměstnance, dochází k výměně šesti desítek lidí. Zabývá se jejich odchody do důchodu, přeložením, propuštěním. První na ráně jsou legionáři. Pak ale i neschopní. K ošetrovatelkám, jichž se chce zbavit, si dělá konkrétní poznámky: psychopatka a alkoholička, pořad marodí, práce se štítí, hodí se nejvýše jako pradelna, nehodí se k ničemu... Takových najde celkem deset.

Ve stejné době plánuje dědičně-biologické oddělení (*erbbiologische Abteilung*), jaké má na základě sterilizačního zákonodárství již každá léčebna ve „staré Říši“ (*Altreich*). Píše, že je to velmi obsáhlá a časově náročná práce, jakou může „z různých důvodů obstarávat jen lékař německé národnosti“. To je vzhledem k nacistickému chápání genetické problematiky pochopitelné. Z takového zkoumání může plynout likvidace či aspoň nucená sterilizace. Na ni mají od roku 1933 zákon.

Dr. Bergl se ovšem stihl v oné pohnuté době věnovat i majetkovým otázkám a v roce 1944 se účastnil jakýchsi finančních operací kolem Pírkova sanatoria v Mladé Boleslavi – nejprve porodnice manželek důstojníků Wehrmachtu (Sanatorium Richtberg), pak lazaret, kde vykonával říšskou nucenou správu. Nějak divně se při tom ztratily bilanční knihy. Zakladatel, ředitel a spolujednatel MUDr. Antonín Pírek byl tou dobou v koncentračním táboře, jako bezmocná spolujednatelka zůstala jeho manželka Eliška Pírková.

Krom toho se Bergl mezi roky 1941 a 1945 podruhé oženil (manželka Josefa Berglová, roz. Rudolfová, *16. 2. 1893 v Praze).

Historická potrhlost jako standard

V letech 1965–1968 se podezření z „eutanasie“ duševně nemocných vyšetřovalo na podnět z Německa i Rakouska. Neprokázalo se nic. Výpovědi pamětníků se nesly v tom duchu, že ředitel Bergl byl v kolektivu oblíbený a nesnášel nacistické projevy. Byl to vzdělaný člověk, a dokonce prý chránil české odbojáře. Měl být div ne antifašista, který mohl i zůstat, ale dobrovolně odešel do pozdější NDR. Pacientům nikdo neublížoval, o nic nešlo, umírali prostě hladem a kvůli infekcím, jak vypověděl jeden z pozdějších ředitelů léčebny, který pod Berglem celou válku pracoval. Sou-druh, který eventuálně mohl v roce 1945 spatřit nové horizonty příležitosti a vstoupil do strany. Ve skutečnosti byl dr. Bergl 5. 5. 1945 zbaven vedení, 18. 5. internován i s druhou manželkou v Mladé Boleslavi a 21. ledna 1946 odsunut do Německa v rámci transportu pacientů z Kosmonos do Německa, řízením osudu právě do Pirny. Krátce po internaci napsal svému účetnímu Havlovi pěkný dopis na rozloučenou s blahopřáním k obnově republiky. Lituje, že se spolu s ním nemůže těšit pádu z nacistismu. Účetní byl zjevně jeho nejbližším oblíbencem, což do naší představy o Berglově osobnosti celkem dobře zapadá.

Tak či onak, český Němec a možná kdysi dobrý lékař MUDr. Klemens Bergl se stal jedním ze zločinců „od psacího stolu“. Spolupachatelem zločinu genocidy ve stadiu přípravy. To mu nikdo neodpáře. Vinen ve smyslu obžaloby.

Jeho další osud není doložen. Měl snad zemřít v Berlíně, nevíme však v kterém. Tenkrát byly dva. Snad ve východním. Datum rovněž není známo. Možná se to ještě vypátrá. Pokud by se ukázalo, že na stará kolena plynule přešel k budování socialistického zdravotnictví v NDR, byl by to vrchol historických paradoxů, jimiž dějiny ve své potrhlosti tak silně obtěžaly střední Evropu. Až do té míry, že se to jeví jako standard.

Zdroje:

NA Praha, SOA Praha, SOA Třeboň, SOA Litoměřice, ABS Praha.

Další literatura a webové stránky u autora.

Poděkování za velkou pomoc náleží Mgr. Michalu Šimůnkovi, Ph.D., z Ústavu pro soudobé dějiny ČAV.

Dr. med. Curt Schmalenbach

München 38, 2.7.41.
Liesstraße 18
Fernsprecher 40 398

Herrn
Obersanitätstierat
Dr. Klemens Bergl
Kosmonos

Sehr geehrter Herr Kollege!

Wie vereinbart, werde ich am 22. Juli bei Ihnen in Kosmonos vorprechen und dann mit Ihnen die Anstalten Prag II, Prag-Bochnitz, Prag-Sanator, Ober Berschowitz und Woproschan besuchen. Ich bitte Sie nun, dafür Sorge zu tragen, dass die Meldebogen bis zu diesem Zeitpunkt sehr genau, vor allem für die Kinder-, ausgefüllt werden.

Zu grossem Dank wäre ich Ihnen verpflichtet, wenn Sie auch den Mährischen Anstalten die Meldebogen zukommen lassen könnten und die Richtlinien geben würden, wie die Meldebogen auszufüllen sind und zwar nur Geistes- kranke mit deutscher Reichszugehörigkeit. Im Anschluss an den Besuch der böhmischen Anstalten, könnten wir dann die Anstalten in Mähren überprüfen. Falls Sie noch Meldebogen benötigen, so schreiben Sie mir bitte an meine Münchener Adresse, ich sende Ihnen dann dieselben umgehend zu.

Mit den besten Grüßen!
Heil Hitler!
Ihr
Curt Schmalenbach

Sto let od vzniku Pražského sanatoria v Podolí

Ústav pro péči o matku a dítě (ÚPMD), jedno z předních pražských i českých zdravotnických pracovišť, vyrostl z před sto lety založeného Pražského sanatoria. V rámci oslav ÚPMD představil i své největší současné úspěchy.

Pražské sanatorium vzniklo v Podolí před sto lety z popudu jedné z nejvýznamnějších postav českého lékařství, chirurga a rentgenologa prof. MUDr. Rudolfa Jedličky. „Cílem profesora Jedličky bylo vybudovat zdravotnickou instituci, která by se stala zárukou péče na nejvyšší úrovni, v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a s využitím nejmodernějších přístrojů a zařízení. Na tento cíl se v našem působení snažíme navázat i my,“ uvedl ředitel ÚPMD doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., na úvod slavnostní konference, která v ústavu proběhla 14. května.

Ústav si za dobu své existence připsal řadu úspěchů a i v poslední dekádě se v něm podařilo vybudovat několik vysoce specializovaných oddělení poskytujících

péči na světové úrovni, jakým je Centrum fetální medicíny či neonatologické oddělení. Od začátku nového tisíciletí se počet porodů v ÚPMD zvýšil téměř o 110 %, počet ošetřených novorozenců zaznamenal 75% nárůst. Jen za rok 2013 se v ÚPMD narodilo 5330 dětí, z toho 162 dvojčat a 2 trojčata. V roce 2013 se v ÚPMD narodilo nejvíce dvojvaječných a jednovaječných dvojčat v celé České republice. Zcela unikátní byl také porod přirozeně počatých paterčat, která se narodila 2. června 2013 a přitáhla pozornost médií z celého světa.

Fetální medicína a neonatologie

Největší zásluhu na zvýšení kvality poskytované péče má Centrum fetální medicíny, které jako

jedno ze tří vysoce specializovaných evropských pracovišť a jediné ve střední Evropě umožňuje provádět operace nenarozených dětí s vývojovými vadami uvnitř těla matky. Od počátku existence v roce 2012 bylo provedeno již 27 těchto operací. V oblasti péče o narozené děti ústav vyvinul několik originálních léčebných programů. „Na našem pracovišti umíme léčit následky vrozně brániční kýly, onemocnění sítnice nedonošených dětí a za-

měřujeme se také na časnou rekonstrukci rozštěpových vad,“ přibližuje primář pediatrického oddělení doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA.

V rámci ošetření malých pacientů se zde zaměřují na individuální péči, která příznivě ovlivňuje psychomotorický vývoj dětí, zkracuje dobu, po kterou jsou připojeny na podporu dýchání, a celkově přispívá k rychlejšímu zlepšení jejich zdravotního stavu. Každým rokem se v ÚPMD na-



Doc. Jaroslav Feyereisl. | Foto: archiv

rodí v průměru 500 novorozenců s porodní váhou pod 2500 g a 135 novorozenců s hmotností dokonce pod 1500 g. Každý sedmý novorozenec v Česku s porodní hmotností pod 1500 gramů se narodí právě v ÚPMD. (ii)



Foto: archiv ÚPMD

Zemřel profesor Zdeněk Matějovský

12. dubna 2014 zemřel ve věku nedožitých 84 let emeritní přednosta Ortopedické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce prof. MUDr. Zdeněk Matějovský, DrSc.



Foto: archiv 1. LF UK

Zdeněk Matějovský se narodil 30. dubna 1930 v Praze. Studium na Fakultě všeobecného lékařství v Praze zakončil promócí v roce 1955. Lékařskou dráhu zahájil v tuberkulózní léčebně Bukov v Ústí nad Labem. V letech 1956–1960 pracoval na chirurgickém oddělení OÚNZ Děčín, kde získal též atestaci I. stupně z chirurgie. Od roku 1961 nastoupil na místo sekundáře na I. ortopedické klinice v Praze. V 70. letech pak přestoupil na Ortopedickou kliniku Fakultní nemocnice Na Bulovce. Po roce 1989 byl jmenován profesorem, stal se přednostou kliniky a v této funkci působil až do roku 1995.

Ani při náročné organizační činnosti neustala jeho odborná a vědecká aktivita. Počet jeho přednášek na domácích i zahraničních kongresech přesáhl hranici pěti set. Vrchol jeho publikační činnosti, monografie „Kostní nádory“

z roku 1988, je stále aktuální. Odrazem jeho bohaté profesní aktivity je i členství v lékařských společnostech, a to jak v českých, tak zahraničních, mimo jiné byl předsedou České společnosti pro ortopedii a traumatologii, iniciátorem pravidelných mezinárodních kongresů, jedním ze zakládajících členů Evropské federace národních ortopedických a traumatologických společností (EFORT) a dlouhá léta jejím českým delegátem. Právem patří k velikánům tuzemské ortopedie, jeho role na poli ortopedické onkologie byla jedinečná, velmi záslužná a mezinárodně vysoce ceněná. Díky jeho soustavné práci se tato disciplína v našem státě dostala na vysokou úroveň. Celý život byl vedle své odborné aktivity sportovcem tělem i duší, vynikajícím kajakářem na divoké vodě, excelentním tenistou a lyžařem. (mč)

Zemřel profesor Stanislav Trojan

30. dubna 2014 zemřel ve věku nedožitých 80 let emeritní přednosta Fyziologického ústavu 1. LF UK v Praze prof. MUDr. Stanislav Trojan, DrSc.

Stanislav Trojan se narodil 16. srpna 1934. Na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze promoval v roce 1958. Již během studia se zapojil do vědecké práce ve Fyziologickém ústavu FVL UK, zpočátku jako medik – volentér a pomocná vědecká síla. Po absolvování fakulty nastoupil do ústavu jako odborný asistent. V roce 1969 byl jmenován docentem a roku 1981 profesorem. V čele Fyziologického ústavu 1. LF UK působil téměř třicet let – funkci jeho přednosti vykonával v letech 1975–2004.

Byl autorem či spoluautorem několika desítek skript, osmi vysokoškolských i středoškolských učebnic

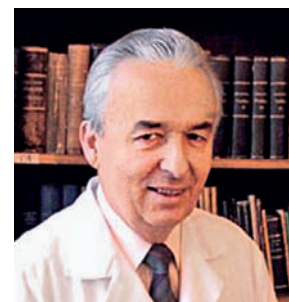


Foto: archiv 1. LF UK

a jedenácti monografií, celkově má na svém kontě více než 600 publikací zaměřených na mozek, jeho vývoj a na možnosti ovlivnění jeho činnosti, pokud je poškozen, zejména hypoxií. Rozvíjel myšlenky

Pražské neuroontogenetické školy a podílel se na vypracování teorie neuroplasticity.

Byl prezidentem a organizátorem série mezinárodních kongresů, v letech 1993–2001 pak předsedou České fyziologické společnosti ČLS JEP. Podílel se na ustavení Rady vysokých škol a Fondu rozvoje VŠ a byl členem řady odborných komisí. Za svůj profesní život získal mnoho odborných ocenění, byl čestným členem České fyziologické společnosti ČLS JEP, České lékařské společnosti JEP, mimo jiné získal i Cenu ministra kultury za nejkrásnější učebnici roku 2002 „Atlas biologie člověka“. (mč)

Letošní laureáti „Ceny Neuron“ z oblasti biomedicínského výzkumu

Letošní „Cenu Neuron pro mladé vědce“ získali za oblast medicíny docent Petr Svoboda za RNA intervenci a za obor chemie profesorka Jana Roithová, která se zabývá výzkumem reakcí organických prvků s katalyzátory.

Nadační fond Neuron je nezisková organizace podporující oblast vědy a výzkumu v České republice. Fond poskytuje z prostředků mecenášů „Granty Neuron“ určené pro vědecké projekty v oborech fyzika, chemie, matematika, medicína a společenské vědy. Špičkovým vědcům fond uděluje „Cenu Neuron za přínos světové vědě“ a nadějným mladým výzkumníkům do 40 let „Cenu Neuron pro mladé vědce“.

Šance na novou terapii virů

V oblasti medicíny se laureátem „Ceny Neuron pro mladé vědce“



Doc. Petr Svoboda. | Foto: Jan Kolář

2014“ stal doc. Mgr. Petr Svoboda, Ph.D., z Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR, který se zabývá výzkumem dalších možností obrany organismu proti RNA viry. Jeho tým se snaží využít pro ochranu před viry jiného mechanismu, než jaký uplatňují leukocyty; jde o tzv. RNA interferenci. Při tomto nedávno objeveném procesu napadený organismus reguluje ve virech přepis genů. Výsledky jeho výzkumu mohou posloužit při vývoji léku, který podstatně zkrátí dobu léčby některých virových nemocí, například chřipky nebo rýmy.

„Zabývám se tím, jak myši vajíčko kontroluje své geny. Tak jsem se dostal i k prastarému imunitnímu mechanismu zvanému RNAi. Tuto obranu proti virům a jiným hrozbám používají sedmikrásky, žížaly i berušky, ale ne savci. Ti mají modernější imunitní systém, takže mechanismus RNAi vypnuli a součástky z něj použili na něco jiného – kromě myšního vajíčka, kde byla aktivní RNAi objevená už v roce 2000. Doteď nedávalo smysl, proč je RNAi aktivní ve vajíčku, ale v tělních buňkách spí. Můj tým objevil v myši DNA unikátní mutaci a vysvětlil, jak ve vajíčku probudila RNAi. Podobné obskurní objevy, jak evoluce na-

šla zajímavé řešení, mohou být nečekaně významné. Tady příroda ukázala, že spící RNAi lze lehce probudit, a laboratoř potvrdila, že probuzení lze uměle vyvolat i v tělních a kmenových buňkách. Pokud se výsledky potvrdí na zvířecím modelu, otevírá se cesta pro vývoj nového typu terapie některých virových infekcí,“ přibližuje svoji práci docent Svoboda.

Výzkum reakce organických prvků s katalyzátory

Laureátkou „Ceny Neuron pro mladé vědce 2014“ v oboru chemie je prof. Mgr. Jana Roithová, Ph.D., z Přírodovědecké fakulty UK. Zkoumá reakce organických prvků s katalyzátory a její poznatky jednou umožní například úsporu energie nebo vývoj nových postupů při výrobě léků. Nedávno se podílela na hledání nových katalyzátorů pro přeměnu methanu na methanol. Zvládnutí této operace přinese značný efekt, methanol lze totiž snadno transformovat na jiné chemikálie, které je možné použít pro syntézu jakýchkoli dalších produktů, například léků. Jana Roithová společně se svým týmem sestavila unikátní aparaturu složenou z několika pro-



Prof. Jana Roithová. | Foto: Jan Kolář

pojených hmotnostních spektrometrů a tzv. studené pasti na reakční meziproducty. V aparatuře se díky nízké teplotě jejich

krátká doba „života“ prodlouží, což vědcům umožňuje podrobnou analýzu.

III

V Olomouci už tisíckrát transplantovali dřev

Transplantací kostní dřevě dávají odborníci ve Fakultní nemocnici Olomouc (FNOL) novou šanci děle než 17 let.



Foto: archiv FN Olomouc

Jubilejním tisícím pacientem je 36letý Roman Weiss z Olomouce, jemuž letos na počátku roku olomoučtí lékaři diagnostikovali akutní myeloidní leukemii. „Chemoterapie nepřinesla očekávané výsledky, proto jsme se dohodli na transplantaci, která je pro něj jedinou šancí na vyléčení. Vhodného dárce se nám nepodařilo nalézt ani v rodině nemocného, ani v českých registrech, našel se ovšem v německém registru dárců krvetvorných buněk. Pro pacienta i jeho rodinu to znamená novou naději,“ prozradil vedoucí lékař transplantčního centra Hemato-onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc doc. MUDr. Edgar Faber, CSC.

„Velmi mě těší, že jsme tuto naději mohli dát už tisícovce našich pacientů a že se naše hemato-onkologická klinika úspěšností léčby řadí k předním evropským centrům,“ podotkl ředitel FNOL doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D. „Když jsme téměř před 18 lety začali s transplantací kostní dřevě v Olomouci, byl to velký posun v dostupnosti této léčby pro české pacienty. Nemocní jsme předtím byli nuceni posílat do Prahy nebo Plzně. Navíc výskyt těchto chorob narůstá a kapacita tehdejších pracovišť už nestačila,“ dodal přednosta Hemato-onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Karol Indrák, DrSc. (red)

Jednej rychle. Zachraň život.

15. 5. v 15 hodin byl v City Tower v Praze zahájen druhý ročník kampaně „Jednej rychle. Zachraň život.“ probíhající pod záštitou České kardiologické společnosti a MZ ČR.

Co by měl znát každý

Datum 15. 5. asociuje číslo zdravotnické záchranné služby v České republice. „Číslo 155“ – číslo linky zdravotnické záchranné služby by měl znát každý. A stejně tak by měl každý vědět, že je potřeba reagovat neodkladně, říká ředitel Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje MUDr. Martin Houdek, která se na letošním ročníku kampaně „Jednej rychle. Zachraň život.“ podílí.

Čtyři kritické faktory při infarktu

Kampaně cílí na čtyři kritické oblasti, které v případě srdečního infarktu hrají zcela zásadní roli: znalost příznaků, rychlé jednání, přivolání záchranky a zajištění nejvhodnější léčby. Ke kampani se letos připojí řada organizací, které její myšlenku podpoří pochody pro zdraví, aktivitami pro rodiny s dětmi a přednáškami. V rámci kampaně bude probíhat i výuka laické resuscita-

ce a často i měření EKG a krevního tlaku. Kampaně vyvrcholí na konci září v Praze u příležitosti Světového dne srdce. Vzdělávací kampaně „Jednej rychle. Zachraň život.“ je součástí iniciativy „Stent for Life“, unikátní evropské platformy zaměřené na zlepšení dostupnosti život zachraňující léčby u pacientů s akutním srdečním infarktem. Více informací najdete na: www.infarktneceka.cz, www.stentforlife.com III

ZE SPOLEČNOSTI

Dobrovolníci zpříjemňují pobyt dětem v Thomayerově nemocnici

Na oddělení dětské psychiatrie pražské Thomayerovy nemocnice proběhlo v polovině května setkání malých pacientů s dobrovolníky z organizace GE Volunteers. Celé odpoledne tu společně vyráběli drobné dárečky.

Děti si mohly vyzkoušet například výrobu náušnic, malování hrníčků nebo skládání origami. Podobně zaměřená akce se na dětském psychiatrickém oddělení Thomayerovy nemocnice nekonala poprvé. Dobrovolnická organizace GE Volunteers, která tvořivě odpoledne organizovala, se dlouhodobě

snáží zpříjemňovat hospitalizovaným dětem pobyt v nemocnici. Malí pacienti se v minulosti mohli zúčastnit sportovního odpoledne, různě zaměřených výtvarných dílen či návštěvy zoologické zahrady. Kromě programu pro děti se organizace, jejímiž členy jsou pracovníci GE Money Bank, zasa-

zuje také o modernizaci nemocničního prostředí.

Rozptýlení ze stereotypu

„Spolupráce s dobrovolníky GE Volunteers trvá už tři roky. Obzvláště pro mladší děti je velice důležité rozptýlení ze stereotypního nemocničního rozvrhu. Je určitě pozitivní směřovat jejich pozornost ke kreativní nebo sportovní činnosti,“ říká primářka oddělení dětské psychiatrie Thomayerovy nemocnice MUDr. Jana Šplíchalová. „Kromě odrea-



Foto: archiv GE Volunteers

vání mohou tyto aktivity příznivě působit i na emoční stav dětí.“ Na letošní rok plánují GE Volunteers i řadu dalších akcí, například chtějí uspořádat malování s postiženými dětmi v Ostravě,

vymalování prostor příbramské neziskové organizace ALKA, výlet pro seniory v rámci Mezinárodního dne seniorů či pomoc s údržbou Národního parku Šumava.

(red)



Foto: archiv GE Volunteers

V Havlíčkově Brodě pokřtili nové CT

Na konci května v Nemocnici Havlíčkův Brod slavnostně pokřtili nové CT Ingenuity 128.



Foto: archiv Nemocnice Havlíčkův Brod

Jedná se o jeden z nejmodernějších přístrojů svého druhu s komfortním vybavením. Přístroj dodaný do Nemocnice Havlíčkův Brod využívá pokročilý 128řezový skenování. To probíhá s využitím o nejmenší dávky záření (v závislosti od prováděného výkonu), které však i přesto poskytuje záběry v maximální kvalitě. Je tomu tak díky iterativní rekonstrukční technologii iDose4, která pomáhá snižovat dávku obdrženou pacientem při vyšetření pomocí CT za současného zlepšení kvality obrazu. Výsledkem je vynikající rozlišení při nízkém kontrastu, snímky jsou přitom pořízené za pomoci o 60–80% nižší dávky záření.

(red)

Happening ke Světovému dni chronických střevních zánětů

Členové a příznivci sdružení Pacienti IBD vytvořili český rekord v počtu nashromážděných ruliček od toaletního papíru na jednom místě.

Rulička je totiž symbolem jejich každodenních střevních potíží. Rekord vytvořili 25. května na pražské Ladronce – ruliček nasbírali 24 169 a vytvořili z nich 2,4 km dlouhého hada. Ruličky nashromáždili a hada sestavili v rámci happeningu

ke Světovému dni chronických střevních zánětů, který si čeští pacienti připomínali letos podruhé. Vyhlášena byla i NEJ IBD sestrou roku, stala se jí Věra Boldišová z Nemocnice Karlovy Vary.

(red)



Foto: archiv o. s. Pacienti IBD

Odborníci budou řešit problematiku bakterií a jejich rezistence

Žhavou problematikou bakterií a jejich rezistence, především v nemocničním prostředí, budou 10. června v Brně řešit přední odborníci na tuto problematiku. Seminář „Bakterie a rezistence“ chce vedle současné situace v této oblasti seznámit lékaře a management nemocnic s novými možnostmi řešení.

Na semináři vystoupí například MUDr. Markéta Hanslianová z Antibiotického střediska FN Brno a MUDr. Pavla Paterová z Antibiotického střediska FN Hradec Králové. Obě lékařky se budou zabývat problematikou bakterií a jejich rezistencí vůči antibiotikům.

Ve druhé části semináře pak bude

hostem generální ředitel a předseda představenstva nemocnice Pitrogo v bulharské Sofii profesor Dimitar Radenkovski. Ten představí možnosti řešení rizika bakterií na operačních sálech. Ekonomické aspekty boje proti bakteriím v nemocnicích a nové možnosti obrany proti bakteriím na operačních sá-

lech pomocí unikátní technologie AntiBakteriálního skla pak představí Tomáš Riese ze společnosti AGC Flat Glass Czech.

Informace o semináři najdete na: www.bakteriearezistence.cz, zde je také možné se zdarma zaregistrovat.

(red)

ZE SPOLEČNOSTI

Černá groteska o tom, co by se zubaři stát nemělo

Hru „Zubařovo pokušení“ dramatika Milana Uhdeho nastudovalo i amatérské Divadlo u. s. Marvin. Jednu z repríz jednoaktovky soubor odehrál 13. května v Dejvické klubovně v Praze 6.

„Zubařovo pokušení“ je černá groteska o vytí s vlky, přetváře a strachu a o tom, co by mohlo nastat, když to všechno člověk přestane zvládat. Je-li tímto „člověkem“ zubař, má po ruce kleště, savku, silná anestetika a kvapem se k němu blíží z jedné strany sestra, s níž má poměr, kdežto z druhé *delirium tremens*, nemusí to s pa-

cientem na křesle skončit úplně dobře. Pokušení totiž může nabrat různou podobu.

Amatérští herci Divadla u. s. Marvin šli do provedení hry s chutí a empatií vůči nepěkným puzením jistě o to větší, že někteří z nich jsou profesionální zdravotníci. Věrohodně protivnou sestru sehrála Ester Kopecká, šéfredak-

torka časopisu Sestra a skutečná držitelka sesterského odznaku, který si na jevišti neopomněla připnout. Primáře, kterému se nelíbí, že jeho podřízený zubař nejen nezřízeně pije, ale následně i zapomíná vatou pod plombami, přesvědčivě vystříhl farmaceut Jan Fencel. Pokud netrváte na happy endu, neboť



Pauler, zubní lékař (Marek Ondra), Nikodémová, pacientka (Ida Balusková), instrumentářka (Ester Kopecká). | Foto: archiv Divadla u. s. Marvin

ten se nekoná, inscenaci (i v provedení amatérského souboru) vřele doporučujeme. Další infor-

mace o souboru a inscenacích: <http://usmarvin.praguesoft.cz>

Jana Jilková

„Doktorské usmívání“

Prostory nemocnice se mohou na chvíli změnit i v galerii a o to milejší je, když vystavená díla působí vesele a optimisticky.

Přesvědčit se o tom, že takové obrazy nepůsobí ani v nemocnici vůbec nepatřícně, se můžete na výstavě obrazů ve Fakultní nemocnici Brno. Je-

ště do 6. června bude ve foyer 3. NP pavilonu L v Jihlavské 20 k vidění výstava obrazů Jaroslavy Fišerové s názvem „Doktorské usmívání“. (red)



Jaroslava Fišerová na vernisáži svých obrazů. | Foto: archiv FN Brno

Pozvánka na koncerty

Policie České republiky letos v březnu zahájila ve spolupráci s Českým národním registrem dárců dřeně (ČNRDD) a Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR kampaň „Podpořme darování kostní dřeně“, jejímž cílem je získat nové dobrovolníky pro zápis do registru dárců.

Na podporu kampaně se od května do října po celé republice uskuteční série unikátních koncertů Hudby Hradní stráže a Policie ČR. V průběhu koncertů zazní slavné policejní hity a kulturní zážitek svým zpěvem znásobí také sólisté Ivana Brožová, Gabriela Urbánková, Tomáš Savka a Radek Bastl. Svou účastí na koncertech můžete podpořit nejen kampaň „Podpořme darování kostní dřeně“, ale také můžete být motivováni k přihlášení se do ČNRDD. Kompletní přehled koncertů naleznete v kalendáři akcí kampaně: www.policie.cz/kostnidren (eta)



Foto: archiv Policie ČR

Inzerce M141000628

Česká asociace sester ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, Oddělením ošetrovatelství LF UK Hradec Králové, Nadací pro rozvoj v oblasti výživy, metabolismu a gerontologie pořádají

XX. KRÁLOVÉHRADECKÉ OŠETŘOVATELSKÉ DNY

11.-12. 9. 2014
UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

HLAVNÍ TÉMATA:

Bezpečná nemocnice
Co přineslo uplynulých 20 let?
Vzdělávání
Ošetrovatelská péče v klinických oborech

UZÁVĚRKA PRO PŘÍJEM ABSTRAKT: 30. 6. 2014

Aktuální informace a přihláška na www.hanzo.cz/osdny

PŘEDBĚŽNÝ PROGRAM (přednášky):

čtvrtek 11. 9. 2014 – 9.00–17.30, pátek 12. 9. 2014 – 8.30–14.00



GENERÁLNÍ
PARTNER

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Kalendář akcí odborných lékařských společností – červenec a srpen 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

The 2nd friends of Israel – urology symposium

1.-3. 7. 2014/Tel Aviv, Izrael
Místo konání: Hotel Hilton
Kontakt:
www.comtecmed.com/foiu/2014

13th Danube international ORL congress 2014

2.-5. 7. 2014/Cluj-Napoca, Rumunsko
Místo konání:
 Grand Hotel Napoca
Kontakt: www.orl2014.org

Arthroscopy and open surgery course

An update on, SL instability, DRUJ instability, distal radius fractures, scaphoid fractures and non-union, SLAC and SNAC
 4.-5. 7. 2014/Barcelona, Španělsko
Místo konání:
 Universidad de Barcelona
Kontakt: www.mvcongressi.com

23rd biennial EACR congress

From basic research to personalized cancer treatment
 5.-8. 7. 2014/Mnichov, Německo
Místo konání: International Congress Centre
Pořadatel: European Association for Cancer Research (EACR)
Kontakt: www.ecco-org.eu

2nd IUA course for young vascular specialists

Management of peripheral arterial disease, aortic disease, detection and management of conventional and new (cardio)vascular risk factors, carotid artery disease, chronic venous disease,

medical writing and publishing, thromboembolic disease...

5.-8. 7. 2014/Praha
Místo konání: Mariapolis Center
Pořadatel: International Union of Angiology (IUA)
Kontakt: www.angiology.cz

7th international symposium on molecular insect science

Insect genomics, molecular insect neuroscience, agricultural insect molecular biology, tropical diseases/vector biology, evolution and development, molecular regulation of insect behavior, evolutionary biology – systematics – molecular phylogeny, symbiosis
 13.-16. 7. 2014/Amsterdam, Nizozemsko
Místo konání:
 NH Grand Krasnapolsky
Kontakt:
www.molecularinsectscience.com

SSR's 47th annual meeting

Fertility: a global challenge
 19.-23. 7. 2014/Grand Rapids, Michigan, USA
Místo konání: DeVos Place
Pořadatel: Society for the Study of Reproduction (SSR)
Kontakt: www.ssr.org/14Meeting

18th international conference on prenatal diagnosis and therapy

20.-23. 7. 2014/Brisbane, Austrálie
Místo konání: Brisbane Convention and Exhibition Center
Pořadatel: International Society for Prenatal Diagnosis (ISPD)
Kontakt:
www.ispdhome.org/2014



Ilustrační foto: Shutterstock

AIDS 2014

20th international AIDS conference
 20.-25. 7. 2014/Melbourne, Austrálie
Pořadatel:
 International AIDS Society
Kontakt: www.aids2014.org

AUGS 35th annual scientific meeting

22.-26. 7. 2014/Washington, USA
Místo konání: Washington Convention Center
Pořadatel: American Urogynecologic Society (AUGS), International Urogynecological Association (IUGA)
Kontakt: www.augsmeeting.org

5th IFHNOS world congress

26.-30. 7. 2014/New York, USA
Místo konání: Hotel Marriott Marquis, Times Square
Pořadatel: International Federation of Head and Neck Oncologic Societies (IFHNOS)
Kontakt: www.ahns2014.org

2014 AACC annual meeting and clinical lab expo

27.-31. 7. 2014/Chicago, USA
Místo konání: McCormick Place
Pořadatel: American Association for Clinical Chemistry (ASCC)
Kontakt: www.aacc.org/events

26th world congress of the IUA

10.-14. 8. 2014/Sydney, Austrálie
Místo konání:
 Hilton Sydney Hotel
Pořadatel: International Union of Angiology (IUA)
Kontakt: <http://iua2014.org>

13th international congress of parasitology

10.-15. 8. 2014/Mexico City, Mexiko
Místo konání:
 Hotel Camino Real
Pořadatel: Mexican Society of Parasitology, Latin American Federation of Parasitology
Kontakt:
<http://icopa2014.org>

21st European conference on artificial intelligence

18.-22. 8. 2014/Praha
Místo konání:
 Clarion Congress Hotel
 a Elektrotechnická fakulta ČVUT
Kontakt: www.ecai2014.org

10th Asia Pacific congress in maternal fetal medicine

22.-24. 8. 2014/Singapur, Malajsie
Kontakt: www.fetalmedicine.hk/en/apcmfm/apcmfm.asp

9th world congress on alternatives and animal use in the life sciences

New technologies, predictive toxicology, communication, dissemination and data sharing, efficacy and safety testing of drugs and biologicals, human relevance, ethics, refinement and welfare, global cooperation, regulatory acceptance and standardization...
 24.-28. 8. 2014/Praha
Místo konání: Hotel Hilton
Kontakt: www.wc9prague.org

19th world congress of IFSO 2014

26.-30. 8. 2014/Quebec, Kanada
Pořadatel: International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)
Kontakt: www.ifso2014.com

ESC congress 2014

30. 8. – 3. 9. 2014/Barcelona, Španělsko
Pořadatel: European Society of Cardiology (ESC)
Kontakt: www.escardio.org (sta)

Inzerce M141000794

Odborný seminář

BAKTERIE
 A REZISTENCE
 – PROBLÉM
 S ŘEŠENÍM?



nové poznatky nová řešení

Seminář reagující na stále aktuálnější problematiku bakterií, jejich rezistence a případné možnosti řešení tohoto problému. Je určen pro lékařskou veřejnost a management nemocnic.

Úterý 10. 6. 2014, 9:30 – 13:30

Brno, hotel Holiday Inn (u výstaviště BVV)

Více informací a registrace na

www.bakteriearezistence.cz

**Jarmila Křížová,
Jaromír Křemen,
Eva Kotlíková,
Štěpán Svačina a kol.**

Enterální a parenterální výživa

2. vydání



Rozsah:
144 stran
Cena: 300 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3326-8
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Druhé, aktualizované vydání velmi úspěšné monografie přináší komplexní pohled na obor klinické výživy v kontextu nárůstu počtu náročných a urgentních operačních výkonů i závažných interních onemocnění vyžadujících dobrý předoperační i pooperační nutriční stav pacienta.

V první části se autoři zabývají problematikou klinické výživy obecně, například pojmy malnutrice a nutriční screening, podrobně jsou popsány substráty pro umělou výživu. V dalších kapitolách se pak věnují specifickým enterální a parenterální výživě, jejich formám i možným komplikacím. Velmi užitečnou součástí publikace jsou též kapitoly zabývající se speciální enterální a parenterální výživou v gastroenterologii, chirurgii, diabetologii, onkologii, v urgentní medicíně a dalších oborech. Neméně důležitá je nutriční péče v neonatologii a pediatrii, již je v knize věnována zvláštní pozornost.

V závěru monografie čtenář nalezne praktické informace týkající se indikace a organizace domácí enterální a parenterální výživy.

**Tomáš Tyll,
David Netuka,
Vlasta Dostálová a kol.**

Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče



Rozsah:
312 stran
Cena 560 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3148-6
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Cílem kolektivu autorů sdružujících odborníky z řad neurochirurgů, neu-

rologů, radiologů, intenzivistů a anesteziologů je podat komplexní pohled na problematiku perioperační péče v neurochirurgii.

Chirurgická část se zabývá jednotlivými typy operačních výkonů, ale též anesteziologickou péčí o pacienta po výkonu. Zejména mladší lékaři jistě ocení i kapitoly týkající se fyziologie a patofyziologie centrálního nervového systému. Anesteziologická část publikace popisuje farmakologii nitrožilných a inhalačních anestetik a jejich vztah k prokrvení mozku, nitrolebnímu tlaku a celkovému stavu CNS.

V další stati jsou probrány jednotlivé metody monitorování, například principy měření nitrolebního tlaku, UZ vyšetření mozkových cév, mozková oxymetrie, mikrodialýza a elektrofyziologické monitorování mozku a míchy. Zařazení přehledu neuroradiologických metod je přínosné především vzhledem k trendu snižovat invazivitu operačních výkonů. Kapitoly věnované anestezii u neurochirurgických výkonů pojednávají o předoperační přípravě, jednotlivých druzích zákroků s anesteziologickými specifiky a nejčastějších komplikacích a odchylkách, se kterými se anesteziolog během operačního výkonu může setkat.

V rozsáhlém oddílu věnovaném neurointenzivní péči je důraz kladen zvláště na péči o pacienta s kraniocerebrálním poraněním, ale též na komplexní a specializovanou péči po neurochirurgických výkonech, včetně ventilační strategie, účelné farmakoterapie, antibiotické léčby a výživy. V závěru knihy čtenář nalezne přehled potenciálních časných i pozdních komplikací souvisejících s operačními výkony na mozku a míše.

Vlastimil Jindrák, Dana Hedlová, Pavla Urbášková a kol. Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici



Rozsah:
712 stran
Cena: 890 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2815-8
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Monografie poskytuje ucelený přehled postupů, metod i organizačních opatření umožňujících vytvoření funkčního a dobře provázaného

NOVÉ KNIHY

systému odborných programů pro obě oblasti (antibiotický program, program prevence a kontroly infekcí) v konkrétním zdravotnickém zařízení. Jejím cílem je též přispět k usnadnění implementace opatření požadovaných evropskou i českou legislativou, případně akreditačními institucemi v podmínkách běžné praxe našich nemocnic.

Součástí publikace jsou podrobné podklady pro racionální používání antibiotik v klinické praxi (popisy antimikrobiálních léčiv s určením jejich optimálních indikací a dávkování, doporučení pro úvodní i cílenou antibiotickou léčbu infekcí, zásady profylaktického používání antibiotik atd.). Značný prostor je věnován charakteristice a způsobu používání specifických nástrojů v obou odborných programech (např. principy přípravy antibiotického listu, měření a hodnocení spotřeby antibiotik, metody a interpretace výstupů surveillance antibiotické rezistence, příprava lokálních doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu infekcí, popisy konkrétních opatření prevence a kontroly infekcí včetně izolačních opatření a řada dalších). Ve zvláštních státech jsou probrány základy moderní nemocniční epidemiologie (deskriptivní a analytické metody, využití molekulárních typizačních technik) a rovněž postupy měření, hodnocení a ovlivňování kvality zdravotní péče v oblasti antibiotické politiky a prevence infekcí.

Jan Jiskra Poruchy štítné žlázy Praktický přehled nejen pro laickou veřejnost 2. vydání



Rozsah: 55 stran
Cena: 50 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3301-5
Vydavatel: Mladá fronta, edice Lékař a pacient

Choroby štítné žlázy patří mezi nemoci masového výskytu a neléčené přinášejí postiženým významná zdravotní rizika. Na druhou stranu i nesprávně indikovaná či vedená léčba – především předávkování hormony štítné žlázy u osob vyššího věku – může mít pro pacienty negativní důsledky. Cílem příručky je proto informovat o důležitosti správné funkce štítné žlázy pro zdraví organismu, upozornit na to, že nemoc štítné žlázy ovlivňují průběh a léčbu jiných chorob, a poradit jak cho-

robám štítné žlázy předcházet, kdy na ně myslet, jak a kdy je racionálně diagnostikovat a léčit, ale přitom se vyvarovat nadbytečného vyšetřování a případně i neodůvodněné léčby. V brožurce našeho předního specialisty na danou problematiku naleznete přehledné informace o anatomii a funkci štítné žlázy, jejích základních onemocněních (hypotyreóze, hypertyreóze, strumě aj.), terapeutických možnostech včetně léčby operační a využití radioaktivního jodu. Samostatná kapitola je věnována poruchám štítné žlázy v těhotenství a po porodu. V závěru knížky pak najdete praktické rady týkající se mj. prevence nemocí štítné žlázy či výživových doporučení a jsou zmíněny i nejčastější nepravdy a mýty týkající se tohoto onemocnění. Text je doplněn řadou názorných obrázků a schémat.

Eva Procházková Práce s biografii a plány péče



Rozsah:
133 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3186-8
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Sestra

Cílem knihy je pomoci poskytovatelům péče usnadnit tvorbu individuálních plánů péče a tím přispět k jejímu zlepšení, a to bez rozdělování, zda se jedná o péči zdravotní, nebo sociální. Příjemce péče je zde chápán celostně, se všemi svými potřebami, především jako člověk se svou historií, životním příběhem, biografii, která je zakomponována do poskytovatelských služeb. Biografie je chápána jako stmelující prvek pro týmovou spolupráci pomáhajících profesionálů.

Knihou umožňuje základní orientaci a je určená studentům sociálně-zdravotnických oborů a profesionálním pracovníkům z řad pomáhajících profesí, kteří poskytují přímou péči nebo fungují v rámci managementu. Předložená témata by jim měla pomoci k získání vhledu do problematiky péče o seniory a zvláště o klienty se symptomy demence.

Publikaci doplňují zkrácené případové studie, které ilustrují teoretickou část. Jsou zde obsaženy i četné odkazy na důležité literární zdroje či webové stránky, kde lze snadněji než ve specializovaných knihovnách na-

lézt různé podrobnosti, aktualizace a podněty pro další studium.

Tomáš Petr, Eva Marková a kol. Ošetřovatelství v psychiatrii



Rozsah:
296 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4236-6
Vydavatel:
Grada

Knihou pro studenty, vyučující a odbornou veřejnost obsahuje komplexní informace o moderní psychiatrické ošetřovatelské péči a jejích současných trendech u nás. Přináší průřez oborem od historie po současnost, věnuje se problematice duševního zdraví, současně organizaci psychiatrické péče v ČR, symptomům duševních poruch. Pozornost je věnována ošetřovatelské péči o osoby s duševními poruchami a roli sestry na psychiatrii s jejími současnými kompetencemi.

Ivan Bertl Grafologie v partnerském poradenství



Rozsah:
160 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-747-7
Vydavatel:
Triton

Hledání životního partnera je mnohdy složitý proces a pravděpodobně neexistuje žádná zaručená metoda jak najít toho pravého (tu pravou).

Poměrně nový způsob jak skutečně poznat partnerovu povahu nabízí grafologie. V psaném písmu lze identifikovat znaky, které mohou napovědět leccos o pisatelově osobnosti: jestli je dominantní, nebo naopak submisivní, zda je společenský, nebo se jedná spíše o samotáře. A nejen to – rukopis dokáže odhalit i skryté hrozby, například sklon k agresivnímu chování.

„Grafologie v partnerském poradenství“ není jen analýzou vybraných písemných projevů skutečných partnerských dvojic, ale všimá si i rodinných vztahů, které nás při hledání vhodného partnera často ovlivňují více, než jsme si ochotni připustit.

Jana Marie Havigerová
Vyhledávání
nadaných dětí
v předškolním věku
 Škála charakteristik nadání
 a její adaptace
 na české podmínky



Rozsah:
88 stran
Cena: 149 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5150-4
Vydavatel:
Grada

Cílem autorů je nejen nabídnout shrnutí všech dostupných poznatků, ale také poskytnout vhodný a ověřený nástroj, který je možné obratem použít pro vyhledávání nadaných předškoláků. Kniha by tedy měla posloužit v teorii i praxi v duchu svého motto jako „asistence na cestě od daru přírody k naplnění osudu nadání našich dětí“.

Abraham H. Maslow
O psychologii býtí



Rozsah:
232 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0618-7
Vydavatel:
Portál

Jednou z nejčastěji citovaných teorií v oblasti lidské motivace je bezpochyby hierarchie lidských potřeb Abrahama Maslowa. Podle tohoto autora jsou lidské potřeby uspořádány od nejnižších k nejvyšším. Vyšší motivy se objevují, až když byly uspokojeny potřeby nižší úrovně. Tuto základní teorii autor rozvíjí a rozlišuje nedostatečnou motivaci nižší úrovně (D-motivaci) a růstovou motivaci vyšší úrovně (B-motivaci). Objasňuje charakteristiky lidí s vyšší úrovní motivace, kteří se sebeaktualizují, prožívají vrcholné zážitky a mohou být inspirací pro ostatní.

NOVÉ KNIHY

Kniha přináší sérii přednášek na tato témata z let 1954–1961. Dílo jednoho z nejcitovanějších psychologů 20. století vychází poprvé česky.

James Hillman,
Sonu Shamdasani
Nářek mrtvých
 Psychologie po Jungově
 Červené knize



Rozsah:
232 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0619-4
Vydavatel:
Portál

Rozhovor předního světového psychologa a zakladatele hnutí archetypální psychologie Jamese Hillmana s uznávaným historikem psychologie, znalcem díla C. G. Junga a editorem jeho „Červené knihy“ Sonu Shamdasanim se odehrává na poza-

dí vydání „Červené knihy“ a prochází tématy, která jsou z jejich pohledu důležitá pro moderní psychologii. Dotýká se vztahu živých a mrtvých v našich snech a fantaziích, otázek kreativity a výtvarného vyjádření, psychologie umění, narativní psychologie, hlubinné psychologie, významu křesťanství pro moderního člověka, vztahu člověka k minulosti. Rozhovor lze vnímat jako jeden z možných klíčů k porozumění Jungově „Červené knize“.

Erich Fromm
Strach ze svobody

Rozsah: 240 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-262-0615-6
Vydavatel: Portál

„Strach ze svobody“ patří k nejznámějším dílům Ericha Fromma. Napsal jej během exilového pobytu v USA, kam musel utéci před Hitle-



rovým režimem. Vzhledem k tomu, že lidem z demokratických společností se navzdory faktům zdálo neuvěřitelné, že by nacistickou ideologii i praxi aktivně podporovaly široké vrstvy německého národa, považoval Fromm za nutné vysvětlit psychologické kořeny tohoto úděsného jevu. Výstižně poukazuje na fakt, který nikdo před ním explicitně psychologicky nerozpracoval – na fakt dvojznačnosti lidské svobody, jež se může stát otevřením možností stejně jako cestou do úzkosti z osamění a izolace. Je-li svoboda pojímána oním druhým způsobem, svádí do pastí autoritářství, destruktivity či konformismu. Fromm ve svém díle pátá, kdy takový strach ze svobody vznikl a co jej podpořilo, a přes všechna svá zjištění se domnívá, že je v lidských schopnostech stát se sebou samým skrze tvorbu, smyslovou radost, lásku či práci.

Inzerce M141000721

Nábytkové systémy MEDICA pro zdravotnická zařízení

- Speciálně vyvinuté a plně flexibilní skladebné nábytkové systémy pro všestranné využití v ordinacích, sesternách, zákrových sálech, laboratořích i čekárnách.
- Zavěšení horních i spodních skříněk zajišťuje komfort práce i úklidu v čistých prostorách.
- Kombinace bílých korpusů a barevných dveří škály RAL umožňuje ladění s již použitými barvami v interiéru.



BIOPHYS, spol. s r.o., Převoznická 738/6, 143 00 Praha 4
 Člen Asociace výrobců a dodavatelů zdravotnických prostředků

tel.: 241 029 985, 241 029 987
 mobil: 603 877 871, 603 213 648
 e-mail: info@biophys.cz,
 martinkova@biophys.cz
 web: www.biophys.cz

BIOPHYS

Držitel certifikátů ISO 9001:2008 a 14001:2004



PRÁVNÍ PORADNA

Odpovědnost při odmítnutí očkování

1. Jak má postupovat praktický lékař pro děti a dorost v případě, že rodič odmítá nechat očkovat své dítě? Jaké náležitosti se o tom mají uvést v dokumentaci a hlásí se toto odmítnutí např. hygienické stanici nebo sociálku?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

2. Pokud rodič očkování odmítne a jeho dítě onemocní chorobou preventabilní očkováním a nakazí další děti v okolí, nese takový rodič trestněprávní odpovědnost za šíření infekčních chorob (viz zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví)?

3. Pokud rodič odmítne dát očkovat své dítě, co z toho pro rodiče právně vyplývá (odmítnutí očkování, které je stanoveno vyhláškou MZ ČR č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášek č. 65/2009 Sb., č. 443/2009 Sb. a č. 299/2010 Sb.)?

V ČR je zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, stanovena povinnost podvolit se tomu očkování, které stanovuje prováděcí vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním ne-

mocem. Zejména se jedná o očkování dětí a v některých případech také o očkování zaměstnanců na některých rizikových pracovištích nebo jiných osob.

Očkování se dělí na základní, při kterém se podávají jed-

na nebo více dávek očkovací látky, a přeočkování, jehož účelem je po určité době znovu zajistit odolnost lidského organismu vůči infekci.

Povinné očkování dětí je plně hrazeno státem. Vedle něj existuje rovněž dobrovolné očkování proti dalším infekčním onemocněním. Tato očkování se provádějí jen na žádost rodičů dítěte a jsou hrazena pacienty, přičemž na některá z nich přispívají zdravotní pojišťovny.

Lékař má ze zákona povinnost zajistit a provést očkování dítěte, které má v péči, a to v rozsahu stanoveném prováděcí vyhláškou.

Důležité judikáty

Rodiče dítěte odpovídají za provedení očkování u dětí do 15 let. Jestliže tuto povinnost nesplní, může být takové jednání vyhodnoceno jako přestupek na úseku zdravotnictví, za který může být



Ilustrační foto: Shutterstock

rodičům uložena pokuta. Nelze však ani s pomocí zákona vynutit samotné provedení očkování dítěte proti vůli rodičů. Rodiče jsou někdy přesvědčeni, že očkování není pro jejich dítě užitečné, a že dokonce může ohrozit jeho zdraví, například vzhledem k předchozí špatné reakci na očkování. Rodiče se tak mohou dostat do střetu mezi zájmem na ochraně dětí a společnosti tím, že dítě bude očkováno, a zájmem na ochraně dítěte před možnými negativními vedlejšími účinky spojenými s očkováním.

Tento střet zájmu řešily v nedávných letech Nejvyšší správní soud a Ústavní soud a vydaly důležitá rozhodnutí, podle nichž není možné paušálně ukládat pokuty

rodičům, kteří nedají očkovat své dítě, třebaže jim tuto povinnost ukládá náš právní řád.

Ústavní soud své rozhodnutí odůvodnil tím, že soudy mají v některých případech uznat důvody rodičů a nevynucovat právním řádem uloženou povinnost očkování pokutami. Právo na rozhodnutí, zda dát dítě očkovat či nikoli, soud považuje za srovnatelné s právem vyznávat určité náboženství.

Větší přehlednost by prospěla

Shrnu-li závěry, které vyplývají z výše uvedeného, pak v případě, že rodiče odmítnou nechat očkovat své dítě, by praktický lékař měl tuto skutečnost poznamenat

do zdravotnické dokumentace dítěte (uvést datum provedení zápisu, učinit záznam o odmítnutí očkování, včetně uvedení očkovací látky, a tento záznam podepsat) a současně s opatrností tuto skutečnost oznámit odboru sociálně-právní ochrany dítěte (pro případ podezření ze zanedbávané péče o dítě), jakož i eventuálně místně příslušné hygienické stanici.

V případě, že by dítě v důsledku neočkování nakazilo další děti v okolí, pak možný trestněprávní postih rodičů za šíření infekčních chorob považují za nepřilíš pravděpodobný, a to s ohledem na nedávná rozhodnutí Ústavního soudu a Nejvyššího správního soudu. Rovněž tak postihy rodičů za to, že odmítli dát očkovat své dítě, považují za nepřilíš pravděpodobné s ohledem na výše popsaná rozhodnutí soudu.

I přesto, že Nejvyšší správní soud a Ústavní soud porušení povinnosti podrobit se očkování nepovažují za současného stavu platné právní úpravy za přestupek či trestný čin, přispělo by jistě k přehlednosti situace pro lékaře, rodiče i veřejnost, pokud by důsledky nepodrobení se povinnému očkování byly výslovně stanoveny v právním řádu a nebylo by nutné je vykládat na základě jednotlivých soudních rozhodnutí.

Sňatek v kómatu

Je možné uzavřít manželství s osobou v kómatu? Za jakých podmínek lze uplatnit institut náhradního rozhodování?

Právní podmínky pro uzavření manželství upravuje s účinností od 1. 1. 2014 nový občanský zákoník. Ten definuje manželství jako trvalý svazek muže a ženy vzniklý způsobem, který stanoví tento zákon. Manželství vzniká svobodným a úplným souhlasným projevem vůle muže a ženy, kteří hodlají vstoupit do manželství. Sňatečný obřad je veřejný a slavnostní, činí se v přítomnosti dvou svědků.

Manželství se uzavírá tak, že osoba jednající za orgán veřejné moci anebo osoba, která jedná za orgán oprávněné církve, položí jakožto oddávající snoubencům otázku, zda spolu chtějí vstoupit do manželství; kladnou odpověď obou snoubenců vznikne

manželství. Manželství vznikne i jinak, je-li zřejmé, že snoubenci prohlašují svou sňatečnou vůli. Snoubenci při sňatečném obřadu uvedou, dříve než učiní sňatečný projev vůle, že jim nejsou známy překážky, které by jim bránily uzavřít manželství, že navzájem znají svůj zdravotní stav a že zvažili uspořádání budoucích majetkových poměrů, svého bydlení a hmotného zajištění po uzavření manželství.

Zastoupení zmocněncem

Jsou-li pro to důležité důvody, může krajský úřad, v jehož správním obvodu má být manželství uzavřeno, na žádost snoubenců povolit, aby projev vůle jednoho ze snoubenců o vstupu do manželství učinil jeho zmocněnec. Plná moc musí obsahovat údaje osvědčující totožnost a další rozhodné skutečnosti týkající

se obou snoubenců a zmocněnce a prohlášení o přijetí. Musí v ní být rovněž uvedeno, že snoubencům nejsou známy překážky, které by jim bránily uzavřít manželství, že navzájem znají svůj zdravotní stav a že zvažili uspořádání budoucích majetkových poměrů, svého bydlení a hmotné zajištění po uzavření manželství. Plná moc vyžaduje písemnou formu a podpis na ní musí být úředně ověřen.

Z výše uvedeného vyplývá, že za určitých okolností (jsou-li pro to důležité důvody), může krajský úřad povolit, aby projev vůle jednoho ze snoubenců o vstupu do manželství (například toho, který se v dané době nachází v kómatu) za něj učinil jeho zmocněnec. Předpokládá to však, že ještě dříve, než daná osoba upadne do kómatu, udělí potřebnou plnou moc zmocněnci a následně krajský úřad povolí, aby projev vůle jednoho ze snoubenců o vstupu do manželství byl učiněn zmocněncem.



Ilustrační foto: Miroslav Chaloupka

Zajímavé www stránky

– život s onkologickým onemocněním

Sdělení onkologické diagnózy znamená pro většinu pacientů a jejich blízké zásadní zlom v jejich dosavadním životě. Ačkoli jsme svědky dynamicky se rozvíjejících možností včasné diagnostiky a úspěšné terapie, má diagnóza „rakoviny“ na pacienty významné zdravotní, psychologické a socioekonomické dopady. Naštěstí vznikají různé projekty, spolky či instituce, které pomáhají některé tyto nepříznivé okolnosti výrazně redukovat cestou odborné péče nebo alespoň sdělením informací.

Live Strong

www.livestrong.org

Tento americký projekt, dnes ovšem již s významným mezinárodním přesahem, funguje od roku 1997 s cílem pomáhat nemocným s nádorovým onemocněním. Jeho zakladatelem je Lance Armstrong, který, jak je všeobecně známo, vyhrál ve druhé polovině 90. let minulého století svůj boj se závažným onkologickým one-



mocněním a dokázal se vrátit na dráhu profesionálního cyklisty. Internetový portál projektu *Live Strong* funguje například jako průvodce nemocného, kterému je právě sdělena nepříznivá onkologická diagnóza a začíná u něj příslušný odborný diagnosticko-terapeutický proces. Pacient se tak dozví mimo jiné o vedlejších účincích léčby a získává rady jak s nimi bojovat, doporučením

stran plánování léčebné strategie, životního režimu či provedení některých důležitých životních rozhodnutí. Nechybějí ani pozvánky na řadu odborných či společenských aktivit projektu *Live Strong*.

Hospice.cz

www.hospice.cz

Portál *Hospice.cz* je spravován Sdružením pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce Homo, které v České republice působí nepřetržitě již od roku 1993. Organizace byla založena s cílem rozvinout hospicové hnutí v naší zemi a prosadit jeho myšlenky i mimo budovy hospice, tedy všude tam, kde lidé umírají. Předsedkyně sdružení MUDr. Marie Svatošová po roce 1989 opustila lékařskou praxi a celé své úsilí věnovala rozvoji všech forem hospicové péče. Portál shromažďuje detailní informace o všech hospicích působících na území ČR, nabízí jejich podrobný adresář a mapuje aktivity, které v nich probíhají.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

www.asociacehospicu.cz

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče prosazuje a podporuje hospicovou a paliativní péči, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti, přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání, sdružuje organizace poskytující lůžkovou a mobilní hospicovou péči v ČR a garantuje kvalitu jejich služeb. Zastupuje stovky profesionálů v hospicové paliativní péči, z nichž řada působí ve vzdělávání laické i odborné veřejnosti, včetně výuky na vysokých školách. Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR se asociace podílela na vytvoření prvních českých „Standardů kvality hospicové paliativní péče“. Webové stránky představují velké množství projektů, které asociace pořádá, nabízejí aktuální informace, čtenář se zde dozví



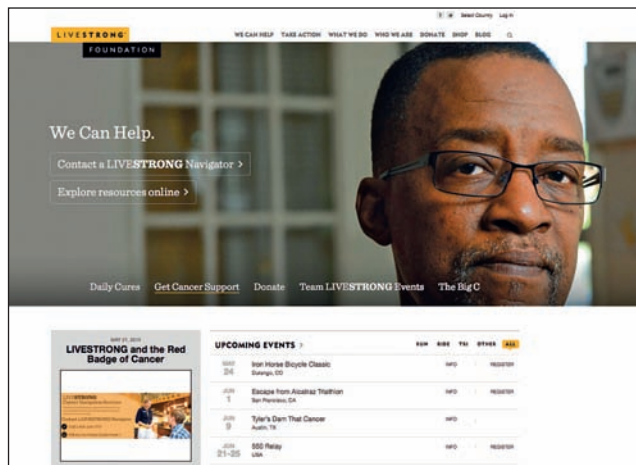
i podrobnosti o standardech kvality či legislativním rámci hospicové péče.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

www.paliativnimedicina.cz

Stránky obsahují například doporučené standardní postupy v paliativní medicíně, souhrn příslušných legislativních norem a řadu odkazů na další zajímavé zdroje informací.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 11/2014

Šéfredaktorka

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

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Filip Kút Citores, DiS. (Z domova, on-line)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyzns, 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 Šveráková

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 Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. 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

Jitka Borovská
tel. 225 276 359, 725 575 627
e-mail: borovska@mf.cz



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastole

DTP

retuš Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

ředitelka marketingu Hana 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.,
sídlo: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
IČ: 01847082

adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku 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,
Višňová 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 29. 5. 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

Výběrové řízení

Primář/ka – stomatologické oddělení

ŘEDITEL SLEZSKÉ NEMOCNICE
V OPAVĚ, P. O.,
vyhlašuje výběrové řízení
na pracovní pozici:

■ primář/ka
stomatologického
oddělení

Nabízíme nadstandardní
platové podmínky.
Nástup: dle dohody.

Bližší informace:
www.nemocnice.opava.cz
– pracovní příležitosti

M141000884

Volná místa

Zástupce primáře – ARO

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ
NEMOCNICE KRKONOŠE,
S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:

■ lékaře na ARO – funkční
místo zástupce primáře

Požadujeme:
• VŠ, I. nebo II. atestaci,
případně specializovanou
způsobilost,
• praxe na lůžkovém
ARO nutná.

Nabízíme:
• nadstandardní platové
podmínky,
• byt zajištěn,
• firemní školka od září 2014.

Kontakt:
tel.: 499 502 304, e-mail:
srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M141000822

Lékař/ka – ARO

LITOMYŠLSKÁ
NEMOCNICE, A. S.,
přijme do pracovního
kolektivu ARO:

■ lékaře se specializovanou
způsobilostí v oboru

Nabízíme:
• nadstandardní podmínky,
• podporu vzdělávání
a seberealizace,
• týden dovolené navíc,
• příspěvek na stravování,
• možnost ubytování.

Nástup: dle dohody.

Bližší informace podá primář
MUDr. Juraj Bóna,
e-mail: juraj.bona@litnem.cz,
tel.: 461 655 290, 734 570 689.

M141000852

Lékař/ka – nefrologie

NEMOCNICE HAVLÍČKŮV
BROD, P. O.,
přijme do pracovního
poměru pro hemodialyzační
oddělení včetně
Osteocentra Kraje Vysočina:

■ lékaře se specializovanou
způsobilostí v oboru
nefrologie nebo lékaře
ve specializační
přípravě s ukončeným
základním kmenem

Nabízíme:
• odpovídající platové
ohodnocení,
• náborový příspěvek,
• možnost dalšího
profesního růstu,
• zaměstnanecké benefity.

Nástup: ihned

Kontakt: Nemocnice Havlíčkův
Brod, p. o., Husova 2624,
580 22 Havlíčkův Brod,
e-mail: jana.beranova@onhb.cz,
tel.: 569 472 122.

M141000859

Lékař/ka – RFM

NEMOCNICE PÍSEK, A. S.,
přijme pro oddělení
akutní rehabilitace:

■ lékaře se specializovanou
způsobilostí v oboru
rehabilitační a fyzikální
medicína, lékaře zařazeného
do specializačního vzdělávání
v uvedeném oboru
či absolventa fakulty.

Požadujeme:
• odbornou či specializovanou
způsobilost v oboru,
• zdravotní způsobilost
a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:
• práci na akreditovaném
pracovišti,
• možnost bezúplatného
profesního růstu
a dalšího vzdělávání,
• zaměstnanecké benefity,
• zajištění ubytování.

Konkrétní mzdové a ostatní
podmínky budou dohodnuty
při osobním pohovoru.
Příhlášky zasílejte na adresu:
Nemocnice Písek, a. s.,

Karla Čapka 589, 397 23 Písek,
tel.: 382 772 001, e-mail:
sekretariat@nemopisek.cz

M141000896

Lékař/ka – interna

BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ
NEMOCNICE, A. S.,
přijme s okamžitou platností
do pracovního poměru:

■ lékaře/-ku pro interní
oddělení.

Požadujeme:
• ukončené VŠ vzdělání v oboru,
• odbornou způsobilost
dle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:
• pracoviště akreditované
Ministerstvem zdravotnictví
ČR k uskutečňování
vzdělávacího programu
pro obor specializačního
vzdělávání vnitřní lékařství,
• zajímavou práci v přátelském
kolektivu, v prosperujícím
a dynamicky se rozvíjejícím
zdravotnickém zařízení,
• dobré finanční podmínky.

Nástup: možný ihned.

Bližší informace podá vedoucí
personálního oddělení: Lenka
Theyerová, tel.: 596 096 318,
e-mail: theyerova@nembo.cz,
Bohumínská městská
nemocnice, a. s., personální
oddělení, Slezská 207, Starý
Bohumín, 735 81 Bohumín.

M141000899

Lékař/ka – interna (diabetologie)

POLIKLINIKA ČESKÁ TŘEBOVÁ,
NÁM. JANA PERNERA 446,
přijme:

■ lékaře – internistu
(diabetologa) s možností
výkonu funkce i náměstka LPP

Požadujeme:
• odbornou způsobilost,
• pracovitost,
• spolehlivost.

Nástup: možný v září 2014.
Kontakt: Ing. Artur Lukša
– provozní ředitel,

e-mail: artur.luksa@doz.agel.cz,
tel.: 972 748 582.

M141000826

Stomatolog

MĚSTSKÁ NEMOCNICE
OSTRAVA, P. O.,
přijme pro lékařskou
pohotovostní službu:

■ zubního lékaře/-ku

Kontakt: tel.: 776 611 129,
e-mail: mnof@mnof.cz,
www.mnof.cz

M141000862

Různé

Prodám

LÉČEBNÁ REHABILITACE
POLIČKA, S. R. O.
Prodám, eventuálně
pronajmu ordinaci.

Bližší informace:
www.rehabilitace-policka.cz,
tel.: 461 724 511.

M141000916



ZDE MŮŽE BÝT VÁŠ INZERÁT

Příjem personální inzerce ZaM:

Jitka Borovská
tel.: 225 276 359, 725 575 627
e-mail: borovska@mf.cz

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získejte jako dárek
poukaz v hodnotě 500 Kč!

T.M. Lewin



Poukaz Lewin

Poukaz na nákup v prodejnách
T. M. Lewin uplatnitelný na sortiment ve
všech prodejnách v ČR do 30. 9. 2014.

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 29. 6. 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 0614**. 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 0614**. 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

Profesionální
partner
pořádání
odborných
akcí

Potřebujete uspořádat odbornou akci na míru do každého detailu?

www.kongres-medical.cz

Kontaktujte nás e-mailem:

topicova@mf.cz, kupcova@mf.cz

**MEDICAL
SERVICES**



Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR
a pořadatel kongresů, konferencí a symposií