



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



12/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 17. 6. 2013



PROFIL

Ludvík Souček
– muž s okřídleným mozkem

STRANA 34



PŘEDSTAVUJEME

doc. MUDr. Ivanu
Štětkařovou, CSc.,
přednostku Neurologické
kliniky 3. LF UK a FNKV
v Praze

STRANA 30



ONKOLOGIE

Kvalita života
onkologických pacientů
– umíme vždy pomáhat?

STRANA 22



Pavel Vepřek:
Náš systém zdravotnictví
se vyznačuje stabilitou
a setrvačností, efektivitu
však příliš nestimuluje.
(více na str. 6)

Nemocnice nebudou moci využít **delší lhůtu splatnosti**

Poslaneckou sněmovnou prošel návrh zákona, který dostane řadu nemocnic do velmi složité ekonomické situace. Poslanci nevyslyšeli senátory, kteří chtěli v novele obchodního zákoníku zachovat zdravotnickým zařízením pevnou výjimku na 60denní lhůtu po splatnosti závazků.

Novela, která má zlepšit platební morálku firem, stanoví, že veřejný zadavatel může překročit obvyklou 30denní lhůtu jen tehdy, pokud to vyžaduje povaha zakázky. Ani tehdy ovšem doba splatnosti nesmí překročit 60 dnů. Se splatností svých smluvních závazků se potýká řada nemocnic.

Z obavy, že by je důsledně uplatnění novely obchodního zákoníku dovedlo do insolvence, senát schválil pozměňovací návrh, kterým se maximální lhůta splatnosti prodlužuje na 60 dnů. „Již dlouhou dobu upozorňuji na fakt, že ve zdravotnictví se lhůta na 60 dní prodlužuje automatic-

ky, což je velmi důležitý řešení. Celý návrh zákona je v zásadě (alespoň v té části, která se týká splatnosti) transpozicí evropského práva a příslušná směrnice umožňují, aby si jednotlivé členské státy, speciálně právě v případě zdravotnictví, takto lhůtu prodloužily.“
(pokračování na straně 2)

Do zdravotnictví by mohlo přitéct **5 miliard navíc**

Ministerstvo zdravotnictví spolu s ministerstvem financí prý chystají odkup pohledávek VZP. Podle informace, kterou přinesly Hospodářské noviny, by takto mohlo do systému přitéci dalších 5 miliard korun, s nimiž zdravotnictví původně nemohlo počítat. Opozice tento krok podpořila.

Bližící se volby spolu s přetrvávající finanční krizí a nelichotivými průběžnými ekonomickými výsledky státu přiměly vládu jednat. Kabinet Petra Nečase přislíbil 15 miliard na podporu růstu pro průmysl, školství a dopravu. Chystaný odkup dluhů na pojištěném u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) představuje další krok, který by měl vylepšit stav jejího účtu, jenž se většinou potácí na hraně červených čísel.

Letošní ztráta zdravotních pojišťoven má údajně dosáhnout 8 mi-

liard korun. Nebezpečný nedostatek zdrojů ve zdravotnictví je prý alarmující už i v očích koaličních politiků, kteří dosud spoléhali především na úsporná opatření a kroky, jež měly zvýšit efektivitu hospodaření. „Nedostatek zdrojů už zkrátka nepůjde vstřebávat bez následků. Omezí se buď dostupnost péče, nebo její rozvoj – a obojí je dost těžké politické rozhodnutí,“ uvedl pro HN Petr Nosek.

Dobrá zpráva i pokrytectví
Na informaci pozitivně zareago-

val stínový ministr zdravotnictví ČSSD Svatopluk Němeček. Pro resort je to prý dobrá zpráva. „Vláda však tímto záměrem jasně potvrdila oprávněnost naší dlouhodobé kritiky zásadního podfinancování resortu zdravotnictví. V posledních několika letech v tomto systému vzniká reálný deficit kolem 8-10 miliard korun. Podle mých informací tak už ve druhé polovině letošního roku hrozí zcela zásadní ekonomické problémy významné části českých nemocnic, které“
(pokračování na straně 2)

Nemocnice nebudou moci využít delší lhůtu splatnosti

(pokračování ze str. 1)

uvedl senátor Jiří Dienstbier a požádal poslance, aby v zájmu zachování dostupnosti zdravotní péče tento návrh prodloužili.

Ne konzervování systému

Poslanci ale senátní návrh nepřijali a novelu schválili v původním znění. Jak uvedl například poslanec Jiří Paroubek, taková výjimka

pouze „konzerovala současný tristní stav zdravotnictví“. „Ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo financí a potažmo celá vláda se měla postarat o to, aby současná praxe, kdy je splatnost 120 až 160 dní, byla již změněna a stát aby se stal v tomto směru příkladem. Nestalo se tak a opoziční senátoři ještě chtějí vládě v jejím nesmyslném konání pomáhat. Víím, že to není

snadné, ale někde se začít musí. Přitom ponechání 30denní splatnosti skutečně může celému systému úhrad ve zdravotnictví pomoci a zmírňovat to, co páchá ministerstvo zdravotnictví svým diletanstvím,“ uvedl v rozpravě k novele poslanec Paroubek.

Více po vyúčtování od VZP

Místopředseda Asociace českých

a moravských nemocnic (AČMN) Petr Fiala naší redakci sdělil, že nová podoba obchodního zákoníku některá zařízení ohrozit může. „Jakého počtu nemocnic se negativně dotkne, zatím neumím odhadnout, protože žádná nemocnice ještě od VZP nedostala vyúčtování za loňský rok a hrozí, že v součtu budou muset nemocnice pojišťovně vrátit miliardu korun,“ uvedl.

Již v minulém čísle naše noviny informovaly o obavě Vladimíra Drymly (SPOZ), který předpokládá, že novelizovaná lhůta splatnosti bude znamenat insolvenční téměř všech nemocnic. Senátor Dryml vidí za návrhem zájmy bank, protože zdravotnická zařízení, kterých se zavedení lhůt dotkne, si budou muset brát úvěry.

Petra Klusáková

Do zdravotnictví by mohlo přitéct 5 miliard navíc

(pokračování ze str. 1)

ohrozí dostupnost základní i specializované zdravotní péče pro české občany,“ komentoval chystaný krok Svatopluk Němeček.

Zároveň v této souvislosti připomněl negativní postoj kabinetu ke zvyšování plateb za státní pojištění, jež navrhovalo MZ. Podle stínového ministra zdravotnictví

se tak jedná pouze o „pokrytecké gesto“, které v dlouhodobějším horizontu zdravotnictví příliš nepomůže. „Nečasova vláda nepodpořila navýšení platby za státní pojištění ze 723 Kč na 800 Kč, jak navrhovalo samotné ministerstvo zdravotnictví, což by systému přineslo každoročně cca 5,5 miliardy Kč. Toto řešení by na rozdíl od odkupu pohledávek VZP nebylo

jen jednorázovým „látáním děr“, ale trvalým systémovým opatřením,“ konstatuje Svatopluk Němeček. „Je přece jasné, že pokud nedojde k alespoň částečné nápravě financování systému zdravotního pojištění, situace se bude v dalších letech opakovat.“

Systémové podfinancování

Podle mínění stínového ministra

se zdravotnictví s problémy nepotýká pouze kvůli propírané neefektivitě, ale především kvůli systémovému podfinancování. „Podle posledních údajů dáváme na zdravotní péči takřka nejmenší podíl hrubého domácího produktu v celé Evropě. Navíc česká vláda v posledních letech nejen že nijak neposílila platbu za státní pojištění vzhledem k inflaci, ale naopak je-

nom v letošním roce z tohoto systému vlivem změn daně z přidané hodnoty vytáhne přes 6 miliard korun,“ dodal Svatopluk Němeček a vyzval Leoše Hegera, aby ve světle současné finanční situace ve zdravotnictví přeci jen zvážil změnu současné úhradové vyhlášky. „Jedině urychlenou změnou vyhlášky lze odvrátit zásadní ekonomické problémy českých nemocnic a s nimi spojené ohrožení dostupnosti zdravotní péče pro české občany,“ uzavřel stínový ministr. (fkc)

Nemocnice budou možná VZP vrátit miliardu

Přestože většina nemocnic tvrdí, že úhrady od zdravotních pojišťoven jsou nízké a prostředky jim stačí sotva na pokrytí nákladů, podle VZP bude možná řada z nich muset peníze ještě vrátit. Pojišťovna prý totiž v loňském roce vydala na zálohách o 859 milionů korun více, než nemocnice nakonec celkově vykázaly.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v těchto dnech dokončuje prověrkou vyúčtování nemocniční péče za minulý rok. Výsledná data by dle informací ČTK měla být k dispozici koncem června. Z předběžných výsledků, o kterých VZP informovala na svých stránkách již koncem května, vyplynulo saldo vyúčtování 859 milionů korun ve prospěch VZP. Podle tiskového mluvčího VZP Oldřicha Tichého přitom VZP postupovala striktně podle závazné úhradové vyhlášky, kterou vydalo ministerstvo zdravotnictví.

„Předběžné výsledky ukazují, že zatímco VZP v loňském roce vydala na zálohy nemocnicím 66,335 miliardy korun, vykázaly jí nemocnice péči za péči 65,476 miliardy. Jednotlivé nemocnice ještě v tuto chvíli předběžné vyúčtování neznají a bude jim postupně rozesíláno v nejbližších dnech,“ upřesnil v květnu mluvčí Tichý.

Některá zařízení si polepší

Podle prvních odhadů VZP vyplývajících z předběžného vyúčtování by ale některé nemocnice mohly na vyúčtování i vydělat. Konkrétně by se

mělo jednat přibližně o 50 nemocničních zařízení, která měla loni větší výkon, než odpovídalo zaplaceným zálohám. „Nejvíce by na vyúčtování vydělala nemocnice, které by VZP poslala na účet za loňský rok nad již vyplacené zálohy dalších zhruba 140 milionů korun. Naopak nejhůře by vyúčtování dopadlo na zařízení, které by z vyplacených záloh muselo VZP více než 200 milionů korun vrátit,“ prozradil Oldřich Tichý, podle kterého nejhůře dopadly ty nemocnice, které ošetřily méně pacientů, což je zřejmě důsledkem zavedení systému plateb za diagnózu – DRG.

„Částečně se projevuje žádoúčtovací trend, aby peníze mířily tam, kam chodí nemocní, a naopak (systém plateb DRG). Druhým faktorem, který výrazně přispěl k problémům některých zařízení, je, že se výrazně snížila výše úhrad u vybraných zdravotnických prostředků, které dříve nemocnice vykazovaly pojišťovně za částky mnohem vyšší, než byla jejich obvyklá cena na našem trhu. Samozřejmě, že svou roli sehrálo i nastavení úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví, jíž se některá zařízení dokázala přizpůsobit lépe a jiná hůře,“ dodal mluvčí.

Nechceme nemocnice ohrozit

Ředitel VZP Zdeněk Kabátek si dle svých slov uvědomuje složitou ekonomickou situaci nemocnic a dosavadní výsledky vyúčtování prý – na rozdíl od dřívější praxe – ještě nemusejí být bezprostředně po svém dokončení uplatněny v plné výši. Tentokrát by měla předcházet individuální jednání. Variantou pro nemocnice, které byly „přeplaceny“, je prý dlouhodobý splátkový kalendář či řešení v rámci regulačních mechanismů. „Snažíme se přistupovat k vyúčtování velmi odpovědně, ověřujeme data mnohokrát po sobě a hledáme i prostor v rámci úhradové vyhlášky,“ sdělil ČTK Zdeněk Kabátek, podle kterého je také možné, že sama VZP v některých případech špatně odhadla vývoj situace. „Naši partneři mohou uplatnit veškeré námitky a doložit je argumenty. My se budeme velmi pečlivě zabývat tím, abychom tyto argumenty přezkoumali. V případě, že dojdeme k názoru, že vratka, případně opačný efekt, jsou skutečně reálné, budeme se snažit najít řešení, které bude pro pojišťovnu i naše partnery přijatelné,“ dodal šéf VZP. (fkc)

Vedení VZP vyčíslilo letošní úbytek klientů na 80 tisíc

Ředitel VZP Zdeněk Kabátek naší redakci ústy svého tiskového mluvčího Oldřicha Tichého potvrdil, že od pojišťovny odejde přibližně stejně klientů jako v loňském roce. Důvodem je pošramocený mediální obraz, za kterým stojí spory kvůli IZIP a nedohoda s pražským protonovým centrem.

Jak uvedl ředitel Kabátek, Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) také, na rozdíl od ostatních pojišťoven, podcenila podporu stávajících klientů, aby u pojišťovny zůstali. „Zcela otevřeně přiznám, že očekávám, že nám pojištěnci odejdou, protože jsme udělali mnoho chyb, které se týkaly obrazu pojišťovny navenek, chyby však byly i v aktivním přesvědčování pojištěnců o tom, že mají zůstat u VZP. Výsledek bude jistě negativní, jsem na to připraven a jsem ochoten ho obhájit v tom smyslu, že umím pojmenovat příčiny, proč k tomu dojde,“ řekl Zdeněk Kabátek, který se nyní soustředí na další přístupný termín 30. června 2014, kdy mohou pojištěnci stávající pojišťovnu změnit.

Pochvala pro konkurenci

Podle ředitele VZP nyní pojištěnci nemají důvod od nejsilnější pojišťovny s největší sítí poskytovatelů a největší sítí poboček odcházet. „Jsem připraveni obrátit trend a získat pojištěnce. Po 6 měsících ve funkci si

troufnu říct, že VZP je i pojišťovnou s obrovským potenciálem lidských zdrojů, kvalitních lidí, kteří pro firmu dýchají a dokáží vytvářet výsledky. Potřebujeme sdělit klientům, že ten dobrý produkt máme. Na to jsme rezignovali, zapomněli jsme, že klientům musíme neustále opakovat, že jsme ta dobrá a kvalitní pojišťovna. Ostatní pojišťovny to dělaly a dělaly to velmi chytře a dobře, za to je musím jen chválit,“ dodal ředitel Kabátek.

Svou roli v odlivu klientů sehrály také silné náborářské aktivity ostatních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví nedávno dokonce podalo trestní oznámení v souvislosti s praktikami Vojenské zdravotní pojišťovny, která ale nařčení z nekalých aktivit odmítá. Na sporné konkurenční praktiky však ředitel Kabátek vinu svalovat nechce. „Myslím si, že bychom si měli říct, co umíme udělat aktivně pro to, abychom uspěli. To, že konkurence užívá metod, které jsou pro nás nepřijatelné, je další věc,“ uzavřel.

(fkc, ČTK)

Bojler, Istanbul a ostříhaný pes

Jestli to ministr Leoš Heger kdy myslel s posílením role zdravotních pojišťoven vážně, měl by mít od teď už každý rok v červnu dost špatné spaní.

Jakkoli se ministru Hegerovi několik hlubších změn zdravotnického systému podařilo prosadit, v práci s pojišťovnami selhal. A červen se stává pravidelným mementem tohoto selhání.



Martin Čaban

Knoflíková válka

Protože poslední červen je nejzazším termínem pro změnu zdravotní pojišťovny s platností od začátku následujícího roku, rozjíždějí pojišťovny v posledních týdnech prvního pololetí tuhý boj o klienty. A jaký je to boj! Miliony korun tečou do marketingových kampaní, které však jen bolestivě odhalují absurditu tuzemského „trhu“ zdravotního pojištění.

Samotné pojišťovny jsou v tom přitom v podstatě nevinné. Když už jednou šéfuje tak ctihodnou instituci, jakou zdravotní pojišťovna je, berete za to slušný plat a chodíte do práce v obleku, celkem pochopitelně podlehnete pocitu, že vlastně děláte byznys. A tak nějak vám hlodá v hlavě, že úspěch pojišťovny se dá měřit počtem klientů. Takže se o ně jdete prát. Jenže ta hranice je dost zásadně ovlivněná tím, že z hlediska skutečně relevantních věcí jednoduše nemůžete klientům nabídnout nic jiného než zbylých šest konkuren-
tů. Nic.

Uplácení domorodců cetkami a pozlátky

Výsledkem je, že sedm institucí, jimiž ročně proteče čtvrt bilionu korun, se snaží jedna druhé přetáhnout klienty cetkami a pozlátky – plavěnka, antikoncepce, otec u porodu, očkování. Individuální pojistné plány? Zakázáno. Výběr z pojistných produktů? Nepřípustné. Nižší cena pojistného? Kacířství.

Je evidentní, že jakmile je z arzenálu konkurenčního boje vyloučena základní a nejsilnější zbraň, totiž cena, celý boj se stává spíše fraškou. A pojišťovny tomu ještě pomáhají svými marketingovými programy. Svým klientům nabízejí třeba slevu 1% na bojler (ZPMV), 10% na služby psího salonu (VZP), 30% na zájezd do Tu-

recka (VoZP), nebo dokonce 10% na nákup přístroje na výrobu koloidního stříbra (namodralí klienti s argyrií patří pravděpodobně k Revírní bratrské pokladně). A když už opravdu není co vymyslet, přijdou povodně, takže zdravotní pojišťovny se začnou předhánět v tom, která zaplatí klientovi více dezinfekčních prostředků.

Spící potenciál při hře na podnikání

Asi každý cítí, že při výběru zdravotní pojišťovny by se klient měl rozhodovat podle něčeho jiného než podle toho, zda zrovna shání bojler, potřebuje ostříhat psa nebo touží spatřit Istanbul. Také pohyby klientů mezi pojišťovnami nejsou žádné stěhování národů.

Přesto se tu už dvacet let předstírá, že trh v tomto segmentu existuje, a už 7 let vlády slibují, že mu alespoň trochu popustí uzdu. Neděje se nic, a protože další volby jsou za rok, už se nic nestane, takové zázraky se nedějí.

Pak ovšem možná přijdou do Strakovy akademie socialisté. A řeknou: Přestaňte hledat trh tam, kde prostě není a být nemá. Máme stoprocentní přerozdělení. Když se náhodou některé pojišťovně podaří vytvořit přebytek na účtu, stejně jí ho stát sebere a opět přerozdělí mezi zadlužené. Přestaňte si hrát na podnikání, pohledme na Slovensko – bude to boj, ale pojišťovna stačí jedna. Je třeba férově přiznat, že my všichni, kdo vidíme v prostředí s více pojišťovnami ohromný potenciál efektivit a prospěšné konkurence, který však nikdo nikdy nedokázal probudit, budeme po těch letech složitě hledat protiargumenty.

Inzerce A131001906

Společnost BSJ group zpřijemňuje malým pacientům pobyt v nemocnici

Pobyt v nemocnici není pro nikoho z nás příjemná záležitost. Všichni si moc dobře uvědomují, jak negativně může zapůsobit na psychiku pacientů. Jde především o děti, které nemohou být doma u rodičů, ve svém pokojíčku a se svými hračkami.

Malí pacienti bývají velmi často vystrašení a dezorientovaní, přestože lékaři, sestřičky a ostatní nemocniční personál se snaží odvést jejich pozornost od jejich zdravotních problémů a co nejvíce jim pobyt v nemocnici zpřijemnit. Tomu může

napomoci i vybavení pokojů dětského oddělení lůžkovými rampami MAYA s veselými obrázky zvířátek a různých pohádkových postavíček. Když se dítě v noci probudí, nevidí jenom potměšle orientační osvětlení, ale nad jeho hlavou je rozzářená

hvězdná obloha dětské lůžkové rampy MAYA.

Je skvělé, že konečně i do České republiky dorazil evropský standard pro dětská oddělení. Díky společnosti BSJ group se i na našem trhu objevila dětská lůžková rampa MAYA, která vytváří malým pacientům v nemocničním prostředí pohádko-

vou atmosféru a ti se tam tak cítí mnohem lépe.

Dodavatelem těchto lůžkových ramp, které oživují pokoje dětských nemocničních oddělení, je společnost BSJ group, která dodává i další vybavení jako např. stropní stativy, zdrojové mosty, operační osvětlení, rozvody medicijních plynů atd.



Společnost BSJ group zpřijemňuje pobyt malým pacientům také hraným divadelním představením – Medvídek NEBOJSA. Toto předsta-

vení profesionálních herců je pro dětská oddělení zcela zdarma a objednat jej lze na

www.bsj.cz



Nabídky na pomoc po povodních

Podpora obětem letošních záplav v České republice přichází také z resortu zdravotnictví. Organizační i finanční pomoc nabízí ministerstvo zdravotnictví i zdravotní pojišťovny, které poskytují peníze na dezinfekční prostředky či očkování. Své členy podpoří i Česká lékařská komora.

Hlavní hygienik Vladimír Valenta varoval, že při práci v zatopených prostorách a při jejich čištění mohou být lidé vystaveny riziku infekce. Jedná se o infekce přenášené vodou kontaminovanou lidskými výkaly pocházejícími z žump a čističek odpadních vod (např. bacilární úplavice, žloutenka typu A) a vodou kontaminovanou výkaly zvířat (v případě některých infekcí přenosných na člověka – např. leptospiróza či tularemie). Jejich původci mohou vniknout do organismu člověka i nepatrně poškozenou kůží (např. oděrkami a záděrami).

„Nyní se soustředíme na monitoring infekčních onemocnění. Kromě povinných hlášení se věnujeme aktivnímu vyhledávání ve spolupráci s krizovými štáby. Zatím výskyt infekčních onemocnění nestoupil nad běžnou míru a kopíruje výskyt v předešlých dvou letech,“ uvedl hlavní hygienik.

Kontrola stavu vody

Na zajištění mimořádného dovozu humanitární pomoci pro oblasti zasažené povodněmi se MZ dohodlo s dodavatelem dezinfekčních přípravků, firmou Baptist Medical. „Společnost v těchto dnech zavezla do České republiky na vlastní náklady 40 tisíc litrů dezinfekčního prostředku za zhruba 4 miliony korun. Tyto prostředky budou distribuovány prostřednictvím skladů Českého červeného kříže v Praze, Děčíně a Českých Budějovicích. Odsud se dostanou přímo do poškozených obcí. Právě dezinfekční prostředky by mohly být v těchto dnech nedostatkové, používají se jak pro osobní hygienu, tak i pro omývání veškerých vodou zasažených předmětů, nábytku i stěny obydlí či pro praní oděvů a prádla,“ uvedla mluvčí ministerstva zdravotnictví Viktorie Plívovalá. Ministerstvo prostřednictvím svých krajských hygienických stanic (KHS) monitoruje od začátku povodní také kvalitu vody v postižených oblastech. Na tuto pomoc vyčlenilo z rozpočtu 3 miliony korun na bezplatné testování vody v zaplavených studních,



V Praze měla v souvislosti s povodněmi největší problémy Nemocnice Na Františku, která musela evakuovat 128 pacientů a celé zařízení uzavřít. Části pacientů se ujaly další pražské nemocnice, zejména Bulovka, Motol a VFN, ostatní byli propuštěni do domácího ošetření. Provoz nemocnice obnovila 10. června. | Foto: Leoš Chodura

kteří jsou jediným či primárním zdrojem pitné vody pro domácnosti. Počet znečištěných vodních zdrojů hlavní hygienik odhaduje na 3 tisíce. Testování ale musí předcházet sanace studen. KHS nyní začaly kontaktovat starosty poškozených obcí, nabízejí kontrolu a dohadují termíny a počty testovaných zdrojů. „Od obcí očekáváme, že soustředí své požadavky na odběr vzorků vody. Také by měly ověřit, že se skutečně jedná o primární zdroj pitné vody pro danou domácnost či domácnosti,“ uvedl Vladimír Valenta. Za rozbor vody z jednoho zdroje by přitom poškození zaplatili přibližně 1000 korun.

Pomoc od zdravotních pojišťoven

VZP vyčlenila 15 milionů na očkování svých klientů proti žloutence typu A, případně A a B. Výše příspěvku se pohybuje od 750 do 1300 korun, v závislosti na věku klienta a aplikované vakcíně. Jak informoval tiskový mluvčí VZP Oldřich Tichý, zájemci si nejprve musejí vyzvednout voucher na pobočce VZP, poté u lékaře zaplatí za vakcínu a po aplikaci si mohou nechat částku proplatit opět na pobočce.

VZP z fondu prevence uvolnila na

pomoc svým klientům, které postihly povodně, více než 35 milionů korun: 20 milionů korun půjde na dezinfekční prostředky a ochranné pomůcky, bezmála na milion korun pak vyjde nabídka VZP čtyřem nejvíce postiženým obcím ve Středočeském a Ústeckém kraji. Děti ve věku 6–8 let z obcí Vestec, Křívec, Křešice a Hřensko pojišťovna pošle na třítydenní pobyt k moři.

Pomáhají i zaměstnanecké pojišťovny

Mluvčí Zaměstnanecké pojišťovny Škoda (ZPŠ) Petr Kvapil uvedl, že klientům z povodňových oblastí přispějí až 1000 korun na očkování proti žloutence A a 500 korun na nákup potřeb pro prevenci infekčních chorob, jako jsou dezinfekční a hygienické potřeby, rukavice a balená voda. Generální ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Jaromír Gajdáček uvolnil finance z rezervy fondu prevence a pojištěnci je mohou použít na očkování proti hepatitidě typu A a B, dále pak na zvýšený přísun potřebných vitamínů, vody či energetických nápojů pro zasahující policisty a hasiče. Vojenská zdravotní pojišťovna se zavázala uhradit v plné výši svým

pojištěncům, kteří žijí v postižených oblastech, i pojištěncům z řad profesionálních a dobrovolných hasičů, příslušníků České lékařské komory (ČLK), zdravotníků a policistů očkování proti hepatitidě A i B a také proti dalším infekčním nemocem.

Komora pomůže lékařům s vybavením

Stejně jako v roce 2002 nabízí svým členům finanční pomoc po povodních také Česká lékařská komora (ČLK). „Odstranit veškeré následky živelní katastrofy, která řadu z vás v uplynulých dnech postihla, bohužel není v silách profesní samosprávy. Česká lékařská komora se přesto i tentokrát pokusí finančně pomoci těm z vás, kterým povodně napáchaly největší škody na majetku, a to ať již na vybavení domácnosti či na vašem zdravotnickém zařízení,“ vyjádřil podporu zaplaveným lékařům prezident ČLK Milan Kubek. S žádostí o finanční pomoc se lékaři mohou obrátit prostřednictvím kanceláře spádového okresního sdružení, případně ji mohou adresovat přímo na sekretariát prezidenta ČLK.

Odvody za zaměstnance od vody

VZP také v těchto dnech přišla s výpočtem odvodů zdravotního pojištění u zaměstnanců, kteří kvůli povodním čerpají pracovní volno. „U zaměstnanců, kteří čerpají pracovní volno s náhradou příjmu, se odvádí pojistné na zdravotní pojištění z náhrady mzdy. Platí zde pravidlo o nutnosti dodržet minimální vyměřovací základ, případně jeho poměrnou část,“ uvedl mluvčí Tichý. Jinak je to u zaměstnanců, kteří čerpají pracovní volno bez náhrady příjmu. „Tam je vyměřovací základ vytvořen tak, že k příjmu dosaženému v době, kdy zaměstnanec v tomto měsíci pracoval, je za dobu neplaceného volna bez náhrady příjmu nutno připočíst poměrnou část minimální mzdy v poměru počtu kalendářních



Foto: Leoš Chodura

dňů. Částka se přičítá jen za celé kalendářní dny. Celé pojistné odvede zaměstnavatel zdravotní pojišťovně, u které je zaměstnanec pojištěn. Jednu třetinu z takového pojistného hradí zaměstnanec zaměstnavateli v každém případě. Poměr úhrady zbývajících dvou třetin pojistného je možno dohodnout v písemné smlouvě. Při neomluvené nepřítomnosti v práci je ovšem zaměstnanec povinen zaplatit zaměstnavateli i celou tuto dvou třetinovou částku,“ upozorňuje Oldřich Tichý.

Mluvčí VZP dále dodává, že za dobu neplaceného volna se k vyměřovacímu základu nic nepřipočítává a u zaměstnanců, za které je po celý kalendářní měsíc plátcem pojistného i stát, nebo pokud se jedná o zaměstnance, kteří po celý kalendářní měsíc nemají určen minimální vyměřovací základ, případně vykonávají veřejnou funkci či práci pro jiného zaměstnavatele a doloží, že za ně v tomto období platí pojistné jiný subjekt alespoň z minimálního vyměřovacího základu. Ministerstvo zdravotnictví v souvislosti s odvody připravuje výzvu pojišťovnám, aby byly shovívavé u plateb za osoby postižené povodní. „Ministerstvo zdravotnictví osloví všechny zdravotní pojišťovny s výzvou ke vstřícnému přístupu vůči všem fyzickým a právnickým osobám, které byly poškozeny povodněmi. Zdravotní pojišťovny mohou při udělování případných penále a pokud za nedodržení zákonných povinností plátce pojistného přihlížet k postižení povodní nebo záplavou a uplatňovat takzvané odstranění tvrdosti zákona, čímž budou penále a pokuty za zpožděné odvody prominuty,“ uvedl ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Ředitel VZP doufá v brzký konec trápení s IZIP

Ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Zdeněk Kabátek předloží do 24. června správní radě svůj plán na konečné řešení kauzy IZIP. Pokud budou radní s jeho návrhem souhlasit, situace by se mohla definitivně vyřešit do konce září.

VZP v současnosti disponuje většinovým podílem akcií společnosti IZIP ve výši 51 % a ještě nedávno usilovala o získání zbylého podílu. Minoritní akcionář – švýcarská společnost eHI eHealth International – však s prodejem svých akcií nesouhlasil.

Ředitel VZP Zdeněk Kabátek pro to minulý měsíc oznámil změnu strategie. „Je pravděpodobné, že nebudeme dále usilovat o ma-

jetkovou účast v IZIP, ale naopak o přenechání podílu jiným akcionářům,“ řekl tehdy a slíbil vypracování návrhu výhodného řešení pro VZP. Společnost IZIP totiž pro VZP stále spravuje její komunikační portál, který je nezbytný pro hladký chod celé instituce.

Špatně řízený projekt

Podle šéfa VZP je IZIP příkladem nezvládnutého plánu z hlediska

projektového řízení. VZP prý v minulosti nedokázala projekt elektronických zdravotních knížek dobře prezentovat, a tedy ani obhájit před veřejností. Majetková struktura společnosti navíc neodpovídala požadavkům doby.

Současné problémy s IZIP by podle Zdeňka Kabátka nenastaly, pokud by VZP byla jeho 100% vlastníkem od samého začátku. „Jsem přesvědčen, že v horizontu týdnů

– lépe či hůře – kauzu ukončíme. Budeme se snažit vyčerpát z ní to dobré, portál a aktiva, která pro nás budou zajímavá, a pokračovat dál,“ řekl ředitel, který se chystá předložit správní radě návrh svého řešení nejpozději 24. června.

Jedna cesta

Zdeněk Kabátek v návrhu správní radě sdělil postup VZP při řeše-

ní nastavení smluv a dohod, což může trvat řádově týdny, možná měsíce. „Předložím závěrečný návrh ředitele VZP na řešení, obhájím ho, a pokud členové správní rady uznají jeho správnost, budeme už mluvit o technickém řešení, nikoli o variantách,“ sdělil s tím, že má ambice uzavřít kauzu do konce září.

(ČTK, fkc)

Defibrilátory v ulicích Brna

Záchranná služba Jihomoravského kraje je jedním z partnerů projektu „Pilotní rozmístění AED v Brně“. Automatizované externí defibrilátory (AED) mohou snížit počet případů, kdy nebyla první pomoc poskytnuta včas. Cílem je vytvoření široké sítě AED.

Projekt se zrodil na Fakultě sportovních studií Masarykovy univerzity v Brně a je financován nadací Jistota.

Záchrana v praxi

Po Brně bude rozmístěno 13 externích defibrilátorů. Prostřednictvím propagační kampaně, tiskovin a názorných videí se také zvyšuje povědomí případných záchránců o resuscitaci s použitím AED. Partneři projektu jsou mimo jiné Masarykova univerzita, Česká resuscitační rada a město Brno. Rozmístění přístrojů respektuje mezinárodní doporučení pro umístění AED. Vychází přitom také z analýzy dat záchranné služby, která mapovala veřejná místa, kde dochází nejčastěji k zástavě oběhu. AED jsou umístěny buď ve speciálních boxech na budovách (v tom případě jsou opatřeny zámekem s kódem, který volajícímu sdělí operátorka záchranné služby), nebo v objektech s ostražnou či jinou stálou službou, která je v případě potřeby kontaktována záchrannou službou a defibrilátor přinese. Služba v daném objektu je také odborně proškolená.

Rychlost rozhoduje

Projekt rozmístění externích defibrilátorů má tři úrovně. Kromě samotného jejich uložení na vybraná místa jde také o zapojení operačního střediska záchranné služby při resuscitaci a rozšíření základních vědomostí mezi obyvatele Brna prostřednictvím masové kam-

paně. Včasné provedení defibrilace totiž výrazně zvyšuje šanci postiženého na přežití. Při okamžitém zásahu přežije dle statistik až 94 % pacientů. Pouhých 5 minut zpoždění už toto číslo snižuje téměř o polovinu.

Defibrilátory v ulicích, tedy okamžitě k dispozici, jsou současným celosvětovým trendem. Evropská rada pro resuscitaci (ERC) uvádí, že výskyt srdečních zástav v Evropě je velmi vysoký, až 700 tisíc případů za rok. Jen v Česku bylo loni zaznamenáno 8715 resuscitací, z toho cca 700 případů v Jihomoravském kraji. Přežilo pouze 5,6 % pacientů. Velké množství resuscitovaných umírá po převozu do nemocnice nebo trpí trvalými následky. V Evropě je celkový průměr cca 11 % případů přežití pacienta.

Kampaň s rekordem

První externí defibrilátor byl umístěn na brněnském náměstí Svobody v rámci propagační akce projektu. Předseda České resuscitační rady Anatolij Truhlář na ní poté zahájil pokus o zápis do České knihy rekordů v nejdělejší resuscitaci s AED. Postupně jej následovali další občané.

V rámci osvětové kampaně si lidé mohli vyzkoušet resuscitaci na modelech, prohlédnout vozidlo záchranářů nebo zhlédnout instruktážní videa pro děti. Jak uvádějí webové stránky záchranné služby Jihomoravského kraje, dle zatím neoficiálních informací se podařilo vytvořit nový český rekord v resuscitaci pomocí AED. Trval 6 hodin a 36 sekund a zúčastnilo se jej na 134 záchránců. (iso)

Karlovarská krajská nemocnice vymaže svou ztrátu

Karlovarská krajská nemocnice (KKN) pokryje loňskou ztrátu hospodaření ve výši 52,5 milionu korun ze svých kapitálových fondů. Sníží tak ale svou účetní hodnotu.

Pod KKN spadají nemocnice v Karlových Varech a Chebu. Ztráty přitom byly snižováním majetku řešeny už v minulých letech.

Chceme větší kontrolu

Vedení Karlovarského kraje chce kvůli snižování hodnoty majetku větší dohled nad hospodařením nemocnic, uvedl to krajský náměstek

pro zdravotnictví Miloslav Čermák (ČSSD). Tento postup financování totiž v budoucnu skýtá riziko vyhlášení insolvence. To však dle náměstka kraj nepřipustí. Podle odhadů by nemocnice mohly být ročně v minulosti 50–80 milionů korun. Náměstek proto od KKN požaduje předložení vlastních návrhů na zvýšení příjmů. (ČTK, iso)

Baťova nemocnice ve Zlíně má nové vedení

Valná hromada Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně odvolala z funkce jednu členku představenstva, další dva členové se postu ve vedení vzdali. Jmenován bude i nový ředitel.

Z funkce byla podle tiskové zprávy nemocnice odvolána Dana Banášová, odstoupili také její dva kolegové Zdeněk Adamík a dnes již bývalý ředitel nemocnice Bohuslav Škubal. Novým ředitelem se stane Pavel Calábek, který byl jmenován i do čela představenstva nemocnice.

Kromě Pavla Calábka byli do nového představenstva společností jmenováni Marcel Guřan a Roman Kučera. Hospodaření zlínské nemocnice už několik let končilo ve ztrátě, která se pohybovala v desítkách milionů korun. Loni to bylo 85 milionů, předloni pak 109 milionů.

Špatné výsledky

Náměstek pro zdravotnictví hejtmana Zlínského kraje Lubomír Nečas (SPOZ) odůvodnil změny tím, že bývalé vedení nemělo dobré hospodářské výsledky. „Příčinou změn byla nepříznivá ekonomická situace nemocnice a personální neshody v představenstvu,“ uvedl. Dodal však, že ani s novým složením představenstva není spokojen.

Dozorčí rady bez opozice

Nový ředitel by měl nastoupit do funkce během několika týdnů. Pavel Calábek přitom bude zastávat i post v představenstvu Kroměřížské nemocnice, ze které přechází. Na změny ve vedení krajské nemocnice došlo poté, co se krajská rada rozhodla zúžit dozorčí rady čtyř krajských nemocnic a vyloučila z nich zastoupení opozice. (iso, ČTK)

Hradecký zdravotnický holding musí zaplatit pokutu

Krajský soud v Brně potvrdil pokutu ve výši 300 tisíc korun, kterou holdingu udělil Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS). Společnost Královéhradeckého kraje byla pokutována za tendr na nákup zdravotnické techniky.

Soud případ posuzoval už podruhé poté, co mu byl vrácen Nejvyšším správním soudem.

Omezování soutěže

Podle antimonopolního úřadu holding chyboval při veřejných zakázkách z let 2007 a 2008 v hodnotě 35 milionů korun. Způsob zadání zakázek údajně omezil soutěžní prostředí. Krajská společnost se proti původnímu rozsudku odvolala.

Nelíbila se jí ani výše pokuty. Protiprávní mělo být dle ÚOHS rozdělení zakázky na samostatné smlouvy tak, aby žádná z nich nepřesahovala limit 2 milionů. Na podlimitní zakázky totiž podle zákona nemusí být vypisováno výběrové řízení. Zakázky se týkaly zdravotnické techniky např. ultrasonografů či hematologických analyzátorů. Antimonopolní úřad našel pochybení celkem v šesti případech. (iso, ČTK)

Privatizace nemocnic by kvalitu a dostupnost péče nezhoršila

Kvalita a dostupnost zdravotní péče je zásadním politickým a společenským tématem. V prostředí zmítaném hospodářskou krizí se do popředí dostávají zejména otázky finanční stability a udržitelnosti stávajícího systému. Hovoří o nich poradce ministra zdravotnictví a předseda sdružení Občan MUDr. Pavel Vepřek.

„Cesta z finanční a hospodářské krize vede přes zvyšování efektivity.“ Toto již téměř axiomatizované tvrzení je dnes více či méně přijímáno všemi aktéry českého zdravotnictví. Podle vás však zatím „bez viditelných dopadů na realitu“. Čím si to vysvětlujete?

Je to tím, že se zatím nikomu nepodařilo vymyslet a prosadit způsob jak uvést všechny aktéry ve zdravotnictví do jejich příslušných rolí. Pojišťovny by se měly kvalitou a cenou služeb ucházet o pojištěnce, poskytovatelé zdravotních služeb tímtež o přízeň pacientů a pojištěnec a stát by měl nastavovat pravidla a dohlížet na jejich dodržování. Neúspěšně by šli z kola ven nebo se polepšili. Náš současný systém má sice role formálně rozděleny, ale jeho vnitřní vazby jsou uspořádány tak, že autonomní chování nemocnic, pojištěnec, občanů i politiků výrazně omezují. Příklady si každý může dosadit sám. Takto nastavený systém se sice vyznačuje značnou stabilitou a setrvačností, ale efektivitu stimuluje jen okrajově.

Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera se prostor pro úspory v systému již téměř vyčerpal, přesto ale stále existují určité rezervy právě v oblasti zmíněné efektivity. Na co byste kladl zvláštní důraz?

Klíčové je již zmíněné posilování rolí jednotlivých aktérů spojené se zlepšováním *corporate governance* jednotlivých organizací a omezením přímého vlivu státu na jejich fungování. Naopak stát by měl posílit svůj kontrolní potenciál a schopnost účinně stíhat porušování pravidel. Všechny další potřebné změny pak přijdou už samospádem.

HTA (health technology assessment) je jedním ze symbolů zatím nere realizovaných nástrojů zvyšování efektivity v systému

zdravotnictví. Původně se měl tento způsob posuzování zdravotnických technologií začít využívat již příští rok. Je tento termín stále ještě reálný?

HTA je nástroj, který pomáhá nasměrovat peníze ve zdravotnictví tam, kde přinesou největší užitek. V současné době máme připravenou jednotnou metodiku hodnocení, manuály jak s ní pracovat a definice jednotlivých procesních bodů. Zbývá dát dohromady tým lidí, kteří by se v rámci veřejného systému věnovali hodnocení zdravotnických technologií, a zajistit mu přístřeší. Termín 2014 je reálný v oblasti zdravotních výkonů a výstupy hodnocení mohou být okamžitě využívány pro rozhodování komise pro Seznam výkonů nebo jejího dvojčete pro ekonomicky náročnější varianty. K lékům a zdravotnickým prostředkům, kde hodnocení již svým způsobem probíhá, se HTA v plné kráse dostane až v rámci zásadnějších změn příslušných zákonů. Jejich příprava si vyžádá ještě asi dvouleté období.

Pokud bychom se měli snažit demonstrovat význam HTA ve vztahu k financování zdravotnictví, troufl byste si odhadnout množství dnes neefektivně vydaných prostředků, které by bylo možné ovlivnit prostřednictvím tohoto nástroje?

Kouzlo HTA tkví v možnosti porovnávat zdravotnické technologie napříč celým zdravotnictvím. Tedy neporovnávat jen účinnost jednoho léku s druhým a jednoho operačního postupu s jiným typem chirurgické intervence, ale srovnat účinnost farmakoterapie, záření, operačních postupů, organizačních opatření, preventivních a dalších kroků v léčbě konkrétního onemocnění a nadále preferovat to nejlepší. HTA není nástroj šetření, ale způsob jak za stejné peníze získat ví-

ce muziky. HTA vnáší racionalitu do rozhodování o rozsahu a obsahu hrazené péče a klíčová rozhodnutí přenáší na národní úroveň. Kdybychom už měli fungující HTA jako vstupní bránu nových technologií do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, neřešili bychom dnes oříšky typu protonové terapie.

Velké naděje se vkládaly do DRG. Letošní výsledky „Barometru českého zdravotnictví“ však ukázaly narůstající skepsi vůči tomuto systému vykazování péče. Rozčarování je patrné zejména u ředitelů fakultních nemocnic. Jak si to máme interpretovat?

Naše DRG se zatím – z mnoha důvodů – nedopracovalo podoby rutinně fungujícího systému, který se cyklicky aktualizuje podle měnících se nákladů na korektně zakódované případy. Tento nedostatek je kompenzován jeho využíváním jako „plniče“ v historii ukotvených paušálů. Tento úhradový mechanismus sice motivuje nemocnici ke kontrole vlastních nákladů a ke zlepšování vnitřní organizace péče, ale nijak nestimuluje zvyšování produkce. Proto nám jde ta restrukturalizace tak ztuhla. Rozčarování ředitelů fakultních nemocnic je pochopitelné – neteší je sblížení základních sazeb, což v jejich případě znamená snižování příjmu, komplikované DRG nejsou možná oceněny tak, jak by si zasloužily, a možnost ředitelů ovlivňovat organizaci práce je ve fakultní nemocnici horší než třeba v takové Kadani. Což znamená, že bychom měli DRG zatracovat, ale naopak už musíme konečně pokročit k jeho institucionalizaci.

K výsledkům „barometru“ jste také s jistotou dávkou ironie uvedl, že pokles obav ředitelů nemocnic z fluktuace zaměstnanců je asi jediným příznivým

dopadem krize na zdravotnictví. Zaměstnavatele však stále trápí přesčasy. Proč myslíte, že je to tak těžko odstranitelný problém?

Služby lékařů patří nejen do tradiční kultury nemocničního života, ale jsou i nezanedbatelným zdrojem jejich příjmů. Proto přesčasy jsou a ještě chvíli budou problémem, který se naplno zvýrazní začátkem příštího roku. Řešení se sice nabízí ve změně struktury příjmů nemocničních lékařů a organizace práce v nemocnicích, ale to se snadněji řekne, než udělá.

V této souvislosti se nemohu nezeptat na velmi kritizovanou personální vyhlášku. ČLK se obávala, že ředitelé nemocnic budou vnímat jí definované minimum jako optimum, což se zatím spíše nepotvrzuje. Přesčasy a tedy personální náklady se tak tímto příliš snížily. Kde tedy vidíte smysl a přínos této vyhlášky?

Smysl vyhlášky je právě v tom, o čem jsme už mluvili. Jejím účelem je dát nemocnicím možnost přizpůsobit provoz skutečným potřebám. Struktura a počet personálu se má vázat spíše na skladbu pacientů než na typ oddělení. Jak ale vidíte, je setrvačnost stále silnější než potřeba změny.

Netajíte se tím, že na nemocnici pohlížíte jako na zcela normální podnik, ba dokonce že byste se nebál privatizace státních nemocnic. Jak byste se ale vypořádal se základními argumenty oponentů o možných negativních dopadech privatizace na kvalitu a dostupnost služeb?

Dostupnost zdravotních služeb je starostí zdravotních pojištěneců a s výjimkou jednoho specifického regionu má Česká republika problémy spíše s nadbytkem kapacit než s nouzí o ně. V normálním světě se nemocnice kupují



Foto: Anna Vacková/EIS

proto, že jejich vlastníci chce vydělat peníze poskytováním nemocničních služeb. Omezením péče a zhoršováním její kvality si žádné peníze nevydělá, tak proč by to dělal. Jiné to je, když se prodává nemocnice, která zachází na úbytě. Pro tu je pak potřeba vymyslet takový program, který ji učiní potřebnou, a ten může být původnímu zaměření na honny vzdálený.

Z toho je zřejmé, že se bavíme o nemocnicích malé a střední velikosti, protože na ty velké si žádný bard svým psaním nenastřídá. Je jasné, že všechny formy vlastnictví nemocnic mají své přednosti a slabiny. Našemu zdravotnictví by nejlépe slušelo smíšené prostředí, ve kterém by se vedle samosprávných univerzitních nemocnic – se širokým posláním v oblastech výuky, vědy a výzkumu – vyskytovaly jak různé typy veřejných zařízení, tak řetězce privátně spravovaných nemocnic orientovaných na kvalitu a efektivitu.

Privatizace některých zařízení sice není na pořadu dne, ale skutečně se nebojím, že by vedla ke zhoršení kvality a dostupnosti služeb. Ostatně zkušenosti jsou právě opačné. Čeho se spíš bojím, je samotný proces privatizace a pověstná neobratnost státu či veřejné správy při snaze dosáhnout férové prodejní ceny. Nabyvatel, který zaplatí správnou cenu, nemá co tunelovat.

Jeden z dalších axiomů, platný však jen pro část politického spektra, říká, že „stát je špatný hospodář“. Právě tento postulát by měl ospravedlňovat případnou privatizaci těchto

státních zařízení. Nezní vám to z úst politiků poněkud alibisticky? Může stát i v privatizovaném zdravotnictví garantovat ústavně zakotvenou dostupnost zdravotní péče?

V našem zdravotnictví je významná část služeb obsluhována soukromým sektorem a nezdá se, že by stát selhával v zajištění její dostupnosti. Role státu nespočívá v poskytování všech možných služeb svým občanům, ale ve vytvoření podmínek pro jejich provozování a v přiměřeném dohledu. Takže pravidla, dohled a schopnost rychlé intervence v případě, že někde něco selže, to jsou zbraně státu, kterými může garantovat ústavně zakotvenou dostupnost zdravotní péče.

Nekončící diskuse okolo financování zdravotnictví, efektivního hospodaření s prostředky z veřejného zdravotního pojištění jakož i o kvalitě, dostupnosti a bezpečnosti zdravotní péče se sbíhá v jediném bodě, jímž je udržitelnost stávajícího systému. Jak definovat základní podmínky udržení našeho solidárního systému zdravotnictví?

Máme štěstí, že se nám náš zdravotní systém v zásadě povedl, a zcela kacířsky a netaakticky přiznávám, že jeho solidární fungování může ohrozit jen nepravděpodobné zvlčení jeho správců. Přes všechny nářky má zdravotnictví své jisté a platí v něm stejně jako kdekoli jinde, že ceny služeb se přizpůsobují možnostem kupců. To neznamená, že v něm není potřeba spoustu věcí ještě odpracovat.

Naším cílem by neměla být heroická přestavba systému, ale kultivace toho, co už máme. I tak je toho až nad hlavu – zlepšení správy zdravotních pojišťoven, vytvoření prostoru pro jejich faktickou konkurenci, zavedení férových a stabilních úhradových mechanismů, posílení postavení občanů ve zdravotním systému, lepší definování péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním a zlepšení způsobu jejího výběru, rozšíření spektra možných služeb formou ekonomicky náročnější varianty výkonu, zvýšení efektivity státu v normotvorné a kontrolní oblasti, redukce jeho přímých intervencí do zdravotnictví a v neposlední řadě provázání zdravotní a sociální péče tam, kde to je potřeba...

Filip Kůt Citores

Stále existuje prostor pro zvyšování efektivity

Výsledky průzkumu Barometr českého zdravotnictví 2013, jehož realizátorem je organizace HealthCare Institute (HCI) a agentura Ipsos, potvrzují přetrvávající stav nebezpečí. Situace, ve které se nachází české zdravotnictví, odpovídá vleklé hospodářské krizi. Dotázaní ředitelé nemocnic a zdravotních pojišťoven se však i přes jinak rozdílné názory shodují, že stále existují rezervy ve zvyšování efektivity.



Daniel Vavřina. Foto: Eduard Karkan

Letošního výzkumu se zúčastnilo celkem 68 ředitelů nemocnic a 4 ředitelů zdravotních pojišťoven. Otázky směřovaly stejně jako v předchozích 4 letech ke vnímání stávající situace v následujících oblastech: kvalita a dostupnost zdravotní péče, lidské zdroje, finance, hodnocení nemocnic a koncepce zdravotnického systému jako celku.

Stagnace nebo pokles

I letos byla patrná názorová odlišnost mezi řediteli nemocnic a pojišťoven. To, že jde o dva proti sobě stojící názorové proudy, musela v posledních letech znamenat nejen odborná veřejnost. Rozdílné postoje jsou dány především odlišnými zájmy ředitelů nemocnic a pojišťoven. Drtivá většina ředitelů nemocnic (90 %) si myslí, že úhrady zdravotních pojišťoven na pokrytí nákladů nemocnic nestačí. Naproti tomu všichni ředitelé pojišťoven jsou přesvědčení o tom, že jim poskytnuté úhrady jsou dostatečné.

Případný růst úhrad v tomto a následujícím roce je podle obou dotázaných skupin spíše nepravděpodobný. Ředitelé nemocnic

většinou očekávají další zhoršení současného stavu. „Ve vyšší úhrad za nemocniční péči jsou ředitelé nemocnic výrazně skeptičtější než loni, 87 procent z nich očekává pro letošní rok v tomto směru negativní trend, v příštím roce pak negativní trend očekává 50 procent ředitelů nemocnic. Dva ze čtyř ředitelů pojišťoven se naopak domnívají, že pro letošek i pro příští rok zůstane výše úhrad na stejné úrovni, jeden ředitel pojišťoven dokonce pro letošní rok očekává pozitivní trend,“ uvedl předseda HCI Daniel Vavřina.

Rezervy v efektivitě i komunikaci

Mezi řediteli nemocnic a pojišťoven však lze přeci jen nalézt určitou míru shody. Jedním z takových příkladů je otázka efektivity v hospodaření nemocnic. Ačkoli ředitelé nemocnic již v minulosti – v důsledku tlaku ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven – provedli jisté kroky ke zvýšení efektivity v hospodaření, stále se dvě třetiny z nich (66 %) domnívají, že v této oblasti ještě mají určité rezervy. „Nutnost opatření, která povedou ke zefektivnění v jejich nemocnicích,

vnímají dvě třetiny ředitelů fakultních nemocnic a většina ředitelů nemocnic – příspěvkových organizací i obchodních společností. Pro ředitele fakultních nemocnic je nejčastěji vnímaným tématem, kde jsou nutné změny nebo zlepšení v rámci jejich nemocnice, větší efektivita práce, komunikace personálu a také komunikace s pacienty,“ upřesnil Daniel Vavřina.

Podle předsedy sdružení Občan a poradce ministra zdravotnictví Pavla Vepřeka je tato názorová shoda již tradiční, bohužel prý zatím jen v oblasti formulace jednotlivých problémů – přístup jednotlivých aktérů se prý zatím příliš nezměnil. „Trvá tradiční většinová shoda na tom, že ve zdravotnictví je co zlepšovat, ale bez viditelných dopadů do reality. Skeptická vyjádření stran efektivity vlastního hospodaření nemocnic signalizují, že stejně jako v hodnocení kvality péče ředitelé nemocnic cítí, že by toho mohli pro budoucnost svěřeného zařízení udělat více, ale z nějakých důvodů to nedělají nebo dělat nemohou,“ míní Pavel Vepřek.

Zklamání z DRG

Výsledky letošního „barometru“ naznačily negativní trend v tom, jak ředitelé nemocnic vnímají systém DRG, prostřednictvím kterého vykazují přibližně 58 % zdravotní péče. Zatímco v loňském roce bylo s tímto systémem spokojeno 65 % ředitelů nemocnic, dnes už vyhovuje pouze 49 % z nich. Od DRG se přitom odklánějí především ředitelé fakultních nemocnic. FN pro letošek odhadují, že prostřednictvím DRG je vykazováno cca 53 % poskytované zdravotní péče, zatímco loni byl tento podíl odhadován na 78 %. Mezi řediteli FN je také nejnížší procento těch, kteří uvedené systém považují za vyhovující

(pouze 33 %). Ředitelé krajských a městských nemocnic vykazují přes DRG v průměru kolem 58–59 %, shrnul Daniel Vavřina.

Pavel Vepřek považuje nedostačnou oblibu DRG za alarmující. „Jisté znepokojení by měla vyvolat klesající víra jak v přínos DRG, tak v možnost vyjednávání mezi nemocnicí a pojišťovnou o rozsahu a struktuře poskytované péče. Je to cena, kterou platíme za upřednostňování stability před restrukturalizací,“ komentoval skepsi ředitelů.

Nižší fluktuace = pozitivní dopad krize?

S pokračující hospodářskou krizí lze v průběhu několika let pozorovat poměrně strmý pokles obav ředitelů nemocnic z fluktuace zaměstnanců. Týká se to v různé míře všech skupin nemocničního personálu. Zatímco v roce 2010 projevovalo obavy z odchodu lékařů 53 % ředitelů nemocnic a loni vnímání tohoto rizika pokleslo na 36 %, letos považuje fluktuaci za problém už pouze 24 % ředitelů nemocnic. Ještě výraznější změna je patrná v kategorii sester, kde od roku 2010 klesl podíl ředitelů obávajících se jejich odchodu ze 39 na pouhých 7 %. Fluktuace dalšího pomocného personálu a ostatních zaměstnanců je stále vnímána spíše jako marginální problém.

Problémem však v očích ředitelů zůstává míra přesčasů. „Přesčas zdravotnického personálu jsou vnímány jako komplikace zejména u lékařů. V letošním roce tento problém připouští 56 procent ředitelů nemocnic, což je podobné číslo jako v loňském roce. U zdravotních sester není tato otázka vnímána v takové intenzitě, přestože došlo k nepatrnému růstu podílu ředitelů nemocnic, kteří říkají, že přesčasy zdravotních sester u nich problémem jsou,“ uvedl Daniel Vavřina. Podle Pavla Vepřeka je pokles obav z fluktuace zaměstnanců dán právě přetrvávající krizí, která vede k tomu, že zdravotníci oceňují jistoty vyplývající ze stabilního zaměstnání v nemocnici. „Pokles obav z fluktuace zaměstnanců a posílení pozice nemocnic jako stabilního zaměstnavatele je asi jedinými příznivými dopady hospodářské krize na zdravotnictví. Problém s přesčasy se nemění a asi tomu tak ještě chvíli bude,“ uzavřel svůj komentář poradce MZ.

Filip Kůt Citores

Česká lékárnická komora ke „zdravotnictví na šikmé ploše“

Popsat jednotlivé souvislosti v nákladech na léky není vůbec jednoduché. Pokouší se o to řada odborníků v oblasti ekonomie, zdravotnictví a v neposlední řadě také novinářů. Setkáváme se tak s více či méně přesnými údaji a z nich pramenícími závěry, jako je tomu v materiálu Petra Holuba „Zdravotnictví na šikmé ploše“ pro Český rozhlas, jehož přepis byl 29. května publikován na webu zdravi.e15.cz.

Záměna pojmů

Zásadní chybou v oblasti nákladů na léky je zaměňování pojmů cena (zdražování) léků a náklady na ně.

Zejména pojem zdražování léků je velmi nešťastný tehdy, pokud není k dispozici statistika, která by jasně dokumentovala změny v cenách konkrétních přípravků, případně také změny v předepisování v ambulancích a používání léků v nemocnicích. Není tak možné postihnout, která léčiva jsou vlastně používána, zda stále stejná, nebo zda jsou v různých

obdobích používány různé přípravky s rozdílnou cenou.

S tím je možné se setkat i v textu „Zdravotnictví na šikmé ploše“. Pokud autor hovoří o vzrůstajících cenách léků, zcela nepochybně se velmi mýlí. Ceny jednotlivých léků, zejména těch hrazených z prostředků zdravotního pojištění, až na řídké výjimky v důsledku prováděných revizí cen a úhrad klesají. Hmatatelným důsledkem tohoto poklesu cen je nedostatek některých léků na českém trhu, zapříčiněný jejich tzv. reexportem, tedy skou-

pením léčiv na českém trhu a jejich vývozem zpět do zahraničí s následným prodejem na tamním trhu za výhodnější ceny.

Co stojí za zvyšováním nákladů na léky

Náklady na léky se v porovnání let 2011 a 2012 zvýšily. Zvýšení se pohybuje zhruba mezi 4,5 a 5%. To skutečně není úplně malé číslo. Za tímto zvýšením nákladů na léky (nikoli zvýšením cen!) stojí v první řadě zvýšení DPH o 4 procentní body. Česká lékárnická komora dlouhodobě usiluje

o to, aby sazba DPH na léky stále nerostla, neboť jsou tím, v čistě izolovaném pohledu, zvyšovány náklady na systém bez zlepšení dostupnosti léčby pro pacienty. Dalším důvodem pro zvýšení nákladů je také bezpochyby vstup nových inovativních přípravků na trh v ČR. Aby nebyly navyšovány náklady zdravotních pojišťoven na léky, dochází proto průběžně ke snižování cen „běžných“ léků. Pokud si odmyslíme zvýšení DPH, dojdeme k závěru, že je vzrůst nákladů na léky nižší než oficiálně deklarovaná vý-

še inflace. A to stojí minimálně za zamyšlení.

Názor na to, co stojí za zvyšováním nákladů na léky, může být velmi rozdílný podle úhlu pohledu, stejně jako hodnocení nákladů v jednotlivých segmentech zdravotní péče. Náklady na léky však podle dostupných statistik nejsou těmi, které by v porovnání s ostatními segmenty zdravotní péče rostly. Z dlouhodobého hlediska v poměrném porovnání s ostatními segmenty zdravotnictví klesají. To jsou právě ty souvislosti, které někdy při zveřejňování informací zůstávají skryté v pozadí.

PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident ČLnK
Mgr. Michal Hojný, člen představenstva ČLnK
Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., tiskový mluvčí ČLnK

Inzerce A131002413



Dovolujeme si Vás pozvat na mezinárodní odbornou konferenci „Efektivní nemocnice 2013“ (8.ročník)

Tato konference je určena pro ředitele zdravotních pojišťoven a nemocnic

Clarion Congress Hotel **25.-26.11.2013** Praha-Vysočany

Konferenci spoluzahájí :

MUDr. Přemysl Sobotka - místopředseda Senátu PČR
Ing. Petr Nosek - náměstek pro zdravotní pojištění MZČR
MUDr. Jiří Běhounek - hejtmán Kraje Vysočina
Ing. Zdeněk Kabátek - generální ředitel VZP
MUDr. Vladimír Pavelka - ředitel IPVZ
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA - proděkan 1. LFUK
p. Stuart Schaag - obchodní rada ambasády USA

Moderuje p. Daniel Takáč, moderátor České televize

Diskusní program:

- Finance rok 2013 – pojišťovny a nemocnice:**
 - Úhradová vyhláška 2014
 - Kompetence zdravotních pojišťoven: dostupnost místní a časová
- Nejlepší manažerské zkušenosti ředitelů zdravotních pojišťoven a nemocnic a jejich vliv na:**
 - Ekonomické řízení nemocnic
 - Zvyšování bezpečnosti
 - Zvyšování kvality zdravotní péče v nemocnicích

Zveme Vás na poslední akci v tomto roce – předvánoční setkání. Detaily a přihlášky na www.hc-institute.org, záložka „Efektivní nemocnice 2013“

| | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------|--|---|-------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|
| hlavní partneři | | spozor hlavní ceny | finanční partner | partneři | hlavní mediální partner | hlavní odborný partner | realizační partneři |
| | | <p>Vítězná nemocnice obdrží od společnosti LINET hi-tech intenzivní nemocniční lůžko MULTICARE s aktivní matrací v hodnotě 300 tisíc Kč.</p> | <p>partner Nejuzšínavější nemocnice</p> | | | | |
| spozor | marketingoví partneři | odborní partneři | spolupracujeme | mediální partneři | organizátor | | |
| | | | | | | | |

PŘÍPADOVÁ STUDIE



VFN v Praze –

STATISTICA pomáhá Všeobecné fakultní nemocnici v Praze při klinických výzkumech v souvislosti s optimalizací léčiv

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze patří mezi největší zdravotnická zařízení v České republice. Poskytuje základní, specializovanou a zvláště specializovanou léčebnou, ošetrovatelskou, ambulantní a diagnostickou péči dětem i dospělým ve všech základních oborech. Zajišťuje také komplexní lékárenskou péči, včetně technologicky náročných příprav cytostatik nebo sterilních léčivých přípravků.

VÝCHOZÍ STAV

V souvislosti s efektivním a maximálně úspěšným procesem léčení pacientů se Všeobecná fakultní nemocnice v Praze věnuje klinickému výzkumu. Jednou ze součástí výzkumu je klinická farmakologie (farmakogenetika, farmakokinetika, farmakodynamika) na jednotkách intenzivní péče, jejíž využití v praxi pro pacienta znamená individualizované a optimalizované dávkování léčiva, tj. dávkování léčiva (dávka a interval) uzpůsobené pro konkrétního, např. dětského pacienta, daný patofyziologický stav a léčebnou modalitu (např. léčebná celotělová hypotermie, extrakorporální membránová oxygenace – ECMO, metoda hemodiafiltrace HVVD). Zkušené pracoviště používá cestu individuální farmakokinetiky/farmakodynamiky (PK/PD) a terapeutického monitorování léčiv (TDM), které se provádí u pacientů ve všech případech léčby, kde účinek léčiva závisí na dávce, plazmatické koncentraci nebo terapeutickém rozmezí. Pro zpracování primárních dat a zhodnocení studovaného vlivu konkrétního léčiva a jeho pohybu v organismu u větší skupiny pacientů, tj. v populaci kriticky nemocných novorozenců a dětí, je zapotřebí kromě multioborové spolupráce také vhodný software. Ten má, kromě zmíněného, sloužit pro postgraduální výuku, přednáškové akce a kvalitní odborné publikace. V minulosti tyto potřeby řešila VFN prostřednictvím outsourcingu, což se následně ukazuje jako neefektivní a nevhodné, neboť se jedná o spolupráci se subjekty, které obor nemohou zcela porozumět.

POŽADAVKY VFN

VFN se rozhoduje nalézt a implementovat software, který dokáže pomoci především zjednodušeně řečeno – s úpravou dávkování původního léčiva. Cílem je, aby pacient získal pro své léčení takovou dávku léku, která koresponduje s jeho aktuálním nízkým věkem, klinickým stavem a dalšími faktory, mezi které patří například genetická výbava pacienta. Vývstává tedy potřeba sofistikovaného softwaru, který umí modelovat zmíněné proměnné a „doporučit“ léčebnou dávku. Veškeré definované potřeby splňuje *STATISTICA Standard Cz* od společnosti StatSoft, který VFN v průběhu roku 2012 pořízuje.

PRŮBĚH IMPLEMENTACE

Instalace softwaru proběhla zcela snadno v průběhu jediného dne vlastními silami. Kromě minimální potřeby podpory při implementaci se dodavatel současně standardně postaral o potřebná zaškolení.

SPOLUPRÁCE S DODAVATELEM

„Spolupráce se společností StatSoft CR byla v předimplementační i implementační fázi ukázková. Také v současnosti se zástupci dodavatele jeví jako excelentní partneři v oblasti klientské podpory i „vzdělávacích aktivit“ v podobě vlastních seminářů v oboru Statistika,“ říká MUDr. Pavla Pokorná, lékař specialista a asistent dětské kliniky – Kliniky dětského a dorostového lékařství, JIRP Všeobecná fakultní nemocnice, Ústav Farmakologie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

VÝSLEDNÝ STAV

Software společnosti StatSoft se v současnosti velmi výrazně podílí na individualizaci a optimalizaci léčiv určených pacientům VFN a následně pak pacientům obecně. Systém výzkumu je následující: z dostupných parametrů, tedy již zmíněného věku, klinického stavu pacienta, jeho genetické výbavy a jiných veličin vytvoří software „návrh“ na úpravu léčebné dávky. Zkoumají se žádoucí i nežádoucí změny účinků léčiv vázané k dávce a na koncentraci. Do výzkumu je zahrnut dávkový režim, individualizace pacienta nebo například účinky léků u mimotělního krevního oběhu. Výzkum je postoupen Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), kde probíhá propojení závěrů výzkumu a validace. Hlavním cílem je, prostřednictvím implementovaného softwaru, zkrátit dobu léčení pacientů, snižovat průběžně náklady na pořízení léčiv a zkrácení doby hospitalizace jedince, což taktéž vede ke snížení nákladů samotného nemocničního zařízení. Svůj obrovský přínos má software také pro oblast akademické sféry, pregraduálního a postgraduálního výzkumu. Nástroj tak konkrétně pomáhá například při tzv. „průřezových studiích“, uci, co skutečně lze, anebo vůbec nelze srovnávat, nebo dává publikační činnosti punc kvalitního výzkumu.

DODATEK

Konkrétní statistická analýza dat proběhla například ve spolupráci JIRP KDDL VFN, 1. LF UK v Praze a Ústavu lékařské biofyziky LF UK v Hradci Králové. Pro vyhodnocení dat byly použity standardní statistické metody, pro popis dat pak následující parametry: aritmetický průměr, výběrová směrodatná odchylka, nejmenší a největší hodnota a medián. Normalita dat byla testována pomocí D'Agostinova testu normality. Pro data splňující podmínku normality byly použity t-testy a korelační koeficient, v opačném případě byl použit Mann-Whitneyův test a Pearsonův korelační koeficient. Pro testování byla zvolena hladina významnosti 5 %. Výpočty byly prováděny pomocí MS Excel 2007 (Microsoft Corporation, 1985–2003), a STATISTICA 9.0 (StatSoft, Inc., 1984–2010).



StatSoft®
STATISTICA

StatSoft CR s. r. o.

Ringhofferova 115/1, 155 21 Praha 5 – Zličín
t +420 233 325 006, f +420 233 324 005
e info@statsoft.cz

Slovensko chce jasně definovaný seznam poplatků u lékaře

Slovenské ministerstvo zdravotnictví chystá zavedení přesného seznamu poplatků, jež lékaři budou moci vybírat v ambulancích. Reaguje tak na současnou situaci, kdy není nijak regulováno, za jaké úkony smí lékař poplatek vyžadovat.

Rovněž neexistuje žádný způsob jak zjistit, kolik peněz od pacientů lékaři vyberou – nemají registrační pokladny, a je tedy jen na nich, co uvedou v daňovém příznání. O zavedení těchto pokladen však zatím neuvažuje ani slovenské ministerstvo zdravotnictví, ani ministerstvo financí, ačkoli loni na podzim tamní média informovala, že o tom vládá jedna.

Výjimka ze zákona

Lékaři v ordinacích vybírají poplatky především za administrativní úkony či ošetření, jež jim neproplácí zdravotní pojišťovny. Neexistuje však žádný předpis, který by stanovoval, co vše mohou zpoplatnit.

Díky zvláštní výjimce v zákoně, který byl naposledy novelizován letos v únoru (a zavedl povinnost registračních pokladen například i pro provozovatele lanovek), pak

ambulance nemusejí disponovat ani registrační pokladnou (i když někteří lékaři ji mají). Podobně slovenská legislativa připouští výjimku u notářů, tlumočnicků, fitness center nebo provozovatelů sportovišť. Ministerstvo financí tvrdí, že povinnost používat pokladny byla v roce 1994 zavedena u služeb, u nichž byl předpoklad vysokých tržeb, při tvorbě další legislativy v roce 2005 pak bylo rozhodnuto okruh subjektů s povinností vlastnit registrační pokladnu nerozšířovat.

Podle odhadů Health Policy Institute, jež zveřejnil deník Sme, představují tržby 12 tisíc lékařů až 2 miliardy eur, přičemž okolo půl miliardy z této sumy může lékařům putovat „do kapsy“ – daňové úřady je nekontrolují právě kvůli popsané výjimce v zákoně. Předpisy lékařům stanoví povinnost vystavit po přijetí poplatku příjmový doklad. Podle deníku Prav-

da tak ovšem mnozí z nich nečiní a ani sami pacienti na jeho vystavení netrvají. Pak ovšem není možné platbu dohledat a kromě případných daňových úniků také pacient nemá v ruce nástroj pro případnou stížnost.

Registrační pokladny nic neřeší

Prezident Asociácie súkromných lekárov Ladislav Pásztor se však domnívá, že zavedení registračních pokladen i pro lékaře případné daňové úniky nevyřeší. Lékař, který nevystavuje pacientovi příjmový doklad, podle něho nebude ani používat elektronickou pokladnu.

Podobný postoj zaujímá i prezident Slovenskej komory zubných lekárov Ján Gašič. „Každý lékař má povinnost vést si účetnictví a na základě účetních dokladů se dá zjistit, jaké má příjmy,“ odmítá Ján Gašič spekulace médií,

že část vybraných poplatků končí mimo daňová příznání lékařů. Tomáš Szalay ze Stredo európskeho inštitútu pre zdravotnú politiku ovšem tak optimistický není. „Nikdo neví, kolik se v ambulancích vybere, protože neexistuje žádná evidence, a pokud jistá část lékařů nevydává pokladní bločky a pacienti je nevyžadují, nezná takový údaj ani daňový úřad. Přitom může jít o zajímavé sumy,“ cituje analytika deník Pravda. Institut proto navrhuje zrušení výběru přímých plateb v ordinacích, s výjimkou těch, jež by byly jasně definovány příslušným předpisem. Ani Tomáš Szalay nevidí řešení v povinném zavedení registračních pokladen. Kromě přesně stanovených poplatků by uvítal rovněž jejich roční limit pro pacienta. Pak totiž sami lidé budou pokladní doklad vyžadovat, aby si mohli dosažení limitu kontrolovat.

Nárůst poplatků

Deník Pravda upozornil i na nestálý nárůst počtu poplatků, jež lékaři v ordinacích vybírají. Nejnověji prý byl v řadě ambulanec zaveden poplatek za telefonické objednávání. Pacienti si podle Vladimíra Halásze z občanského sdružení Slovenský pacient nejčastěji stěžují na zpoplatnění telefonické konzultace v rámci ordinacních hodin, služeb v čekárně (nadstandardní vybavení jako televize, wi-fi, pitná voda) nebo poskytnutí mobilního telefonního čísla na lékaře, dále opakované vystavení předpisu na léky, osvobození dětí z tělesné výchovy, potvrzení pro zaměstnavatele kvůli nepřítomnosti v práci apod. Slovenské ministerstvo zdravotnictví sice slibovalo, že seznam povolených poplatků v ordinacích bude mít vypracován v dubnu letošního roku, zatím však k dispozici není. Podle vyjádření mluvčí resortu Zuzany Čizvárikové pro deník Pravda se jím úřad ovšem zabývá a hotový by měl být v blízké budoucnosti.

(Zdroj: Pravda, Sme)

(kha)

USA: Věk jediným kritériem pro vstup dětí do čekacího seznamu dospělých?

Federální soud ve Filadelfii rozhodl, že 10letá dívka s cystickou fibrózou může být na čas zařazena na čekací listinu dospělých pro transplantaci plic i přesto, že pro to nesplňuje věkový limit.

Příběh Sarah Murnaghanové otevřel ve Spojených státech amerických debatu o tom, zda má být vstup dětí na „dospělý“ čekací listinu pro transplantace omezen pouze věkovým kritériem.

Rodina malé pacientky Dětské nemocnice ve Filadelfii zažalovala americké ministerstvo zdravotnictví za to, že dětem neumožňuje získat potřebné orgány od dospělých dárců bez ohledu na další okolnosti.

Soudce Michael Baylson rozhodl o 10denním pozastavení ministerského nařízení. I když rozsudek Sarah nezajišťoval jistotu okamžité transplantace, dal jí větší naději na nalezení vhodného dárce, neboť transplantace od dětských dárců jsou poměrně vzácné.

Matka dívky Janet Murnaghanová pro televizi CNN uvedla, že existuje 75% šance na provedení transplantace. Té se Sarah nakonec minulou středu skutečně dočkala. V té době již byl její stav kritický, bezprostředně po 6hodinovém zákroku však byli lékaři mírně optimističtí.

Mluvčí ministerstva zdravotnictví odmítla případ komentovat s tím, že nechce zasahovat do probíhajícího procesu. Pensylvánská senátorka Pat Toomeyová však rozhodnutí soudu přivítala a uvedla, že je připravena se do problematiky věkového omezení pro vstup na čekací listinu dospělých zapojit. „Jsem rozhodnutá nadále bojovat i za další děti v podobné situaci,“ prohlásila senátorka.

Znevýhodnění dospělí?

Krátce po vynesení rozsudku v případě Sarah Murnaghanové tento příběh inspiroval další rodinu v boji za zařazení svého dítěte na dospělý čekací seznam. 11letý Javier Acosta trpí stejným onemocněním jako Sarah a také jeho rodičům se podařilo získat 10denní výjimku z nařízení o zákazu vstupu do registru pro děti mladší 12 let. „Pokud Javier nepodstoupí transplantaci plic, zemře. Platné předpisy jsou v tomto ohledu nefér a měly by se změnit,“ uvedla jeho matka Milagros Martinezová na tiskové konferenci.

Obě rodiny nyní stojí v čele snah změnit americké nařízení o věkové hranici pro vstup na čekací listinu. Někteří odborníci však upozorňují, že budou-li do registrů



Sarah Murnaghanová s rodiči. | Foto: thestar.com

pro transplantace zařazeny i děti, dojde k odsouvání zákroků u starších pacientů. Právní zástupce obou rodin Stephen Harvey však taková varování odmítá s tím, že neusilují o automatické přidávání dětských pacientů, ale o to, aby hlavním kritériem pro vstup do registru byl zdravotní stav paci-

enta, nikoli jeho věk. „Pokud tedy na seznamu bude dospělý, který je na tom po zdravotní stránce hůře, bude mít samozřejmě přednost. Vůbec nežádáme o to, aby se dítě automaticky ocitlo na prvním místě čekací listiny na transplantaci,“ ujišťuje právník.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Standard zdravotní péče ve Velké Británii

V časopise Lancet byly v březnu tohoto roku otištěny výsledky studie vypracované týmem 42 lékařů v čele s profesorem Christopherem Murrayem z Institute for Health Metrics and Evaluation při Washingtonské univerzitě v americkém Seattlu.

Autoři studie analyzovali data týkající se 259 chorob či poranění a 67 rizikových faktorů v 19 zemích z let 1990 a 2010, čímž se naskytla příležitost srovnat britskou Národní zdravotní službu (NHS) se systémy v jiných státech. Očekávalo se, že Spojené království dosáhne standardu, jakému se ostatní země stěží přiblíží. Skutečnost však byla odlišná.

V článku „UK Health Performance: Findings of the Global Burden of the Disease Study 2010“ v časopise Lancet byla Velká Británie srovnána s 18 státy, mezi nimiž bylo 15 původních členů Evropské unie, Austrálie, Kanada, Norsko a USA. Nejdůležitějším a nejpřekvapivějším závěrem bylo, že co do úmrtnosti, YLL indexu (*years of life lost due to premature mortality*

= léta ztracená na základě předčasné úmrtnosti) a průměrné délky života na tom Velká Británie v roce 1990 byla podstatně hůře, než se předpokládalo, a do roku 2010 došlo ještě k dalšímu zhoršení. YLL index zdůrazňuje úmrtí v mladším věku a přikládá menší důležitost úmrtí ve stáří. Vyšší YLL tedy znamená, že umírají mladí lidé.

ne procento hrubého domácího produktu jako Spojené království, tj. 9%, pacienti přispívají malou částkou na vyšetřování, konzultace a předpisy. Podobné je to v Austrálii.

I když je na tom Británie lépe v kritériu týkajícím se průměrné délky života v době narození než Spojené státy americké (USA skončily na 19., UK na 14. místě), i chudší země jsou před nimi – například Španělsko na 7. místě, Itálie na 2. místě, a lepší YLL má dokonce i Řecko. Ve srovnání s evropským průměrem byl YLL v Británii v roce 2010 horší v kategoriích jako ischemická choroba srdeční, plicní infekce a emfyzém, karcinom prsu či jícnu, poruchy cirkulace, komplikace předčasného porodu, vrozené abnormality a aneurysma aorty.

NHS jako náboženství

Výše zmíněná studie, která byla financována z prostředků Nadace Billa a Melindy Gatesových,

ukázala, že tisíce životů končí ve Spojeném království předčasně a že průměrná délka života v době narození je v Austrálii lepší o 1,6 roku. Fakt, že téměř celá populace v Británii je registrována u praktických lékařů, poskytuje například příležitost identifikovat všechny pacienty s hypertenzí, a bylo by proto možné zavést preventivní opatření pro pacienty s vysokým rizikem ischemické choroby srdeční, což v jiných zemích možné není. Přesto je však UK horší ve srovnání s Evropou i v předčasné mortalitě z této příčiny. Ve srovnání s USA méně mladých lidí umírá v Británii následkem dopravních nehod, na hepatocelulární karcinom, diabetes a chronické selhání ledvin.

Hlavní rizikové faktory jako hypertenze, obezita, alkohol, kouření, návykové látky a špatný životní styl jsou pro NHS masivním břemenem, zejména pokud jde právě o mladé lidi. NHS dostala za úkol to napravit, ale těžce s tím zápasí. Lásky k NHS se v Británii dostala na úroveň sekulárního náboženství. „Budeme si však muset začít klást bolestné otázky a uvědomit si, že existuje spojení mezi životním stylem a břemenem, které jsme přenesli na bedra NHS, a budeme se muset začít sami o sebe lépe starat,“ píše autoři článku v Lancetu.

(Zdroj: Lancet)

Milena Lesná



ilustrační foto: Shutterstock

Horší než Řecko

V roce 1990 bylo Spojené království na 12. místě z 19 co do úmrtnosti na 100 000 obyvatel i co do průměrné délky života v době narození, v roce 2010 pak na 14. místě. Austrálie na tom byla nejlépe v úmrtnosti a průměrné délce života v době narození, Švédsko bylo nejlepší v YLL jak v roce 1990, tak v roce 2010. NHS v Británii poskytuje univerzální péči, na kterou pacienti zvláště nepřispívají v době onemocnění, zatímco ve Švédsku, které dává na zdravotní péči stej-

Rakouská lékařská komora ustaví ombudsmana

Rakouští občané mají více možností pro mimosoudní nezávislé přezkoumání svých stížností na zdravotní péči. Spolkové země financují tzv. zástupce pacientů, dále zemské stížnostní komise, kterým předsedá soudce z povolání a jejichž členem je i zemský zástupce pacientů.

Při lékařské komoře funguje nezávislý přezkum podezření na lékařské pochybení, rovněž s účastí soudce (přisedlíci jsou zástupci lékařské komory a nezávislí právníci). Také v zemi Vídeň dlouhodobě pracuje nezávislý zástupce pacientů, který může mj. napomoci mimosoudnímu odškodnění pacienta. Přesto se vídeňská pobočka lékařské komory rozhodla, že ustaví vlastního, avšak nezávislého ombudsmana pro pacienty, který bude v dobrém slova smyslu konkurovat ostatním místům, kam se může pacient obrátit.

Volba je na občanech

Aby se jednalo o ombudsmana atraktivního pro občany, komora oznámila, že půjde o osobnost naprosto nezávislou na zdravotnictví, nicméně musí mít určité

profesní znalosti z tohoto resortu a oblasti zdravotního pojištění. Dále určila, že ombudsmana si zvolí sami občané, resp. všichni vídeňští pojištěnci ve věku od 16 let. Vídeňská komora představila tři kandidáty na tento post – převážují mezi nimi osobnosti s právními znalostmi a zkušenostmi s působením ve zdravotnictví. Komora zdůrazňuje, že volit z těchto kandidátů směřují opravdu jen občané-pacienti, nikoli zdravotníci. Stačí, když Vídeňáci zašlou svůj hlas pro určitou osobnost prostřednictvím SMS zprávy. Všichni kandidáti mají zjevné renomé u laické veřejnosti, jeden z nich například několik let pracoval ve správním radě rakouského svazu pojišťoven, kde výrazně hájil zájmy pacientů. Výsledky hlasování komora oznámí na konci června.

(vla)

Přes mobil k rtg snímku

Švýcarská vláda předala parlamentu návrh zákona, který v podstatě kopíruje rakouský model předávání dat o léčbě elektronickou cestou buď samotnému pacientovi, nebo s jeho souhlasem mezi jednotlivými poskytovateli péče.

Tak jako v Rakousku i ve Švýcarsku vláda a pojišťovny věří, že se tímto způsobem může zkvalitnit zdravotní péče, kdy se lékař, nemocnice, lékárna i další subjekty mohou rychle dostat k potřebným datům. Má to i své ekonomické hledisko – mohou se vyložit duplicitní vyšetření, léky apod.

Na rozdíl od rakouské lékařské komory, která zavádění tohoto modelu přenosu dat o léčbě kritizovala, její švýcarští lékaři podporují, ovšem s podmínky, že bude pro pacienty skutečně dobrovolný. Výhrady však prezentuje švýcarský svaz pojišťoven s tím, že náklady na zajištění kompatibility elektronických zázna-

mů dat u jednotlivých poskytovatelů pojišťovny nechtějí hradit z pojistného.

Neutrální číslo pro pacienta

Podle diskusí ve Švýcarsku by se data o vyšetřeních, léčbě, léčích aj. měla využívat bez souhlasu nemocného v případech, kdy půjde bezprostředně o záchranu jeho života. Pokud jde o ostatní druhy péče, přenos údajů má záviset na pacientově souhlasu. Švýcarská komora například trvá na tom, aby při kódování dat pacient nebyl veden pod svým číslem pojištěnce, ale aby mu bylo určeno zcela jiné, neutrální číslo. Tak bude více zaručena iden-

tifikace konkrétní osoby výlučně s jejím souhlasem.

Vláda při propagaci nového modelu zveřejnila videozáznamy, na nichž si člověk prostřednictvím svého mobilu s internetem může kdykoli „vytáhnout“ ze své zdravotní dokumentace cokoli, co potřebuje, včetně rtg snímků či výsledků laboratorního vyšetření. Komora zdůrazňuje, že pacient by měl mít jednak právo na poskytnutí dobrovolného souhlasu se svým vstupem do tohoto systému sdílení dat, jednak právo udílet svůj souhlas k „otevření údajů“ vždy znovu v konkrétní situaci u konkrétního poskytovatele, a to jen pro určitou časově ohraničenou příležitost. (vla)

ZE ZAHRANIČÍ

Lancet: Nové údaje o podvýživě jsou alarmující

Podvýživa je příčinou 45% úmrtí dětí mladších 5 let ve světě. Právě z tohoto důvodu by podle zprávy uveřejněné v časopise Lancet měl být boj s malnutricí „globální prioritou“.

Každým rokem zemře na následky podvýživy 3,1 milionu dětí mladších 5 let. Mezinárodní tým odborníků vedený prof. Robertem Blackem z lékařské fakulty Univerzity Johnse Hopkinse v Baltimoru zkoumal různé příčiny malnutrice během těhotenství a v dětství. Podle něho je pro zdraví dítěte z hlediska výživy nejkritičtějších prvních 1000 dnů – od početí do druhých narozenin.

Dopad i na ekonomiku

Malnutrice, která se – jak vědci zdůrazňují – týká i lidí s nadváhou či obezitou, má rovněž negativní ekonomický dopad. Podle Organizace spojených národů (OSN) znamená podvýživa pro světovou ekonomiku každoroční zátěž ve výši 3,5 bilionu dolarů (v částce jsou zahrnuty náklady na zdravotní péči i ztracená produktivita).

Profesor Black se se svým týmem zaměřil na údaje o mateřské a dětské malnutrici a obezitě v zemích s nízkými či středními příjmy od roku 2008. Rovněž zkoumal národní a mezinárodní programy zaměřené na podvýživu. Jak vědci zdůrazňují, i když v posledních letech došlo k mírnému zlepšení, podle odhadů trpělo ve světě v roce 2011 v důsledku malnutrice 165 milionů dětí poruchou růstu (byly příliš malé na svůj věk) a 50 milionů podváhou (příliš lehké na svou výšku).

„Charakter výživy matky během těhotenství a dítěte v prvních dvou letech jeho života má velmi významný dopad na mortalitu dětí a vznik chronických onemocnění v dospělém věku,“ uvedl Robert Black pro BBC a zároveň varoval, že pokud jednotlivé státy neudělají z boje proti malnutrici svou prioritu, nikdy se jim nepo-

vede prolomit chudobu obyvatel. „Podvýživa v dětství má dopad na vývoj jedince a ovlivňuje i jeho schopnost uspět ve škole a společnosti, čímž také brání v získání dobré práce.“

Nejhorší obavy

„Pokud by se povedlo výživu matek a dětí optimalizovat, pozitivní dopady by se projevily a přetrvávaly by po další generace,“ doplnil šéfredaktor časopisu Lancet dr. Richard Horton s tím, že svět musí nyní využít příležitosti, které ve své snaze o řešení podvýživy v současnosti má.

Organizace Enough Food for Everyone (Dostatek jídla pro každého) požaduje, aby bohaté státy navýšily svou pomoc pro humanitární programy zaměřené na malnutrici o 1 miliardu dolarů ročně. „Nově předložené údaje o podvýživě jen potvrzují naše nejhorší obavy – že v jejím dů-

sledku umírá o statisíce dětí více, než jsme si mysleli. Podařilo se nám dosáhnout úžasného pokroku ve snížení dětské úmrtnosti po celém světě, ovšem malnut-

rice zůstává jakousi Achillovou patou našich snah. Pokud chceme v započatém pokroku pokračovat, musíme z podvýživy učinit jednoznačnou prioritu,“ prohlásila tisková mluvčí této organizace Anita Tiessenová.

(Zdroj: BBC)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Krátce ze světa

● **Evropská komise (EK)** se začala zabývat stížnostmi, podle nichž některé **španělské** nemocnice odmítly bezplatně ošetřit občany Evropské unie, ačkoli ti byli držiteli Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC). Komise uvedla, že je znepokojena, neboť Španělsko by tím porušilo své závazky plynoucí z unijního práva.

První zprávy o problému se k EK dostaly již v roce 2010. Španělské úřady tehdy uvedly, že podnikly kroky potřebné k jeho řešení, nicméně stížností od té doby neubýlo. Komise proto vyzvala Španělsko, aby poskytlo o záležitosti podrobnější informace. Jedná se o první krok v proceduře porušení unijního práva, která by mohla vést k žalobě a pokutě. Země má nyní 2 měsíce na odpověď.

● **Itálie** oznámila první 3 případy onemocnění novým koronavirem – pacienti jsou 45letý muž, jenž se vrátil z cesty po Jordánsku, dítě, jež se s ním v příbuzenském vztahu, a kolega z práce. Podle úřadů je zdravotní stav všech tří dobrý. Světová zdravotnická organizace (WHO)

eviduje od loňského září celkem 51 infikovaných.

● **Švédsko** se přidalo k zemím, jejichž vlády vyzvaly ženy s voperovnými prsními implantáty francouzské společnosti PIP, aby si je nechaly odstranit z preventivních důvodů. Již loni severská země používání zmíněných implantátů zakázala. Podle údajů tamního ministerstva zdravotnictví mají vadné implantáty asi 4 tisíce Švédů.

● **Vědecký výbor Organizace spojených národů pro dopady jaderného záření (UNSCEAR)** oznámil, že havárie jaderné elektrárny v **japonské** Fukušimě, k níž došlo v březnu 2011, neměla žádné přímé následky na zdraví tamních obyvatel. Zpráva UNSCEAR je však v rozporu se zprávou WHO vydanou v únoru letošního roku, podle níž hrozí lidem z oblastí v blízkosti elektrárny lehce zvýšené nebezpečí onemocnění určitými typy rakoviny, především štítné žlázy.

● **Lotyšská vláda** novelizovala protikráčkový zákon, jenž se tak stal jed-

nou z nejpřísnějších legislativ tohoto typu. Jeden z jeho paragrafů totiž definuje trestněprávní odpovědnost pro rodiče kouřící v přítomnosti dětí – za porušení zákazu kouření v přítomnosti osoby mladší 18 let by rodičům hrozilo až 3leté vězení, odebrání dětí nebo pokuta ve výši 60 minimálních platů.

Nápad měl vzejít od svazu lotyšských lékařů. Jeho předseda argumentuje, že rodiče, kteří si neuvědomují nebezpečí tabákového kouře, obvykle mají i další problémy, včetně alkoholismu a narkomanie. Novela ovšem budí rozpaky i u lotyšského ministerstva spravedlnosti.

● **V reakci na útok na Úřad Červeného kříže v afghánském** Dželalábádu z konce května, při němž byl zabit člen ochranky a zraněno několik pracovníků, Mezinárodní výbor Červeného kříže (**MVČK**) oznámil, že stahuje část svých zahraničních pracovníků ze země a dočasně zde pozastavuje některé aktivity. Podle kábulského mluvčího MVČK Robina Wauda šlo o první útok na organizaci od začátku jejího působení v Afghá-

nistánu v roce 1987. Podle informací tamní vlády i NATO stojí za útokem hnutí Taliban, to však spojitost s ním odmítlo s odůvodněním, že neútočí na ty, kdo „čestně slouží lidu“.

● **V Pákistánu** byl zaznamenán další útok islámských radikálů na zdravotníky očukující v rámci programu OSN tamní děti proti dětské obrně. Oběti se stala jedna ze zdravotnic provádějících vakcinaci, další utrpěla zranění. Očkovací akce v Pěšáváru, kde k útoku došlo, tak byla zastavena. Útoky povstalců na zdravotníky vakcinující proti dětské obrně se v Pákistánu začaly objevovat v roce 2011, poté co vyšlo najevo, že jeden z tamních lékařů Šakíl Afridi vedl falešný očkovací program, aby pomohl americké CIA s nalezením Usámy bin Ládina.

● **Debatu o přístupu salvadorských** protipopatkových zákonů, jež interrupci zcela zakazují, vyvolal případ mladé těhotné ženy s lupusem a selháním ledvin, které soud nevyhověl v žádosti o umělé přerušování těhotenství, ačkoli se plodu v jejím těle nevy-

víjel mozek a ona sama byla graviditou ohrožena na životě. Nakonec lékaři na základě povolení ministerstva zdravotnictví provedli ženě předčasný porod císařským řezem, dítě poté žilo jen několik málo hodin. Salvadorská ústava stanovuje, že život se musí chránit od okamžiku početí a nepovoluje interrupci ani v případě znásilnění nebo ohrožení života matky. Tamní organizace zabývající se lidskými právy i na základě tohoto případu požadují změnu legislativy.

● **Bar-Ilanova univerzita v Izraeli** zkouší novou metodu, jež by mohla umožnit vidět lidem od narození slepým. Technologie využívá bionickou kontaktní čočku s miniaturní kamerou, jež snímá vizuální informace a předává signály čočce, ze které putují elektrodami do rohovky a poté do mozkových senzorických center. Vývojem bionického oka pro nevidomé se zabývá několik společností po celém světě, dosud však žádný výrobek nebyl použitelný pro pacienty slepé od narození.

(Zdroj: ČTK)

(kha)



Ing. Dana Kubátová
finanční ředitelka
Logistika Plzeň a.s.



Monika Fremuntová
obchodní manažerka
Artesa, spořitelní družstvo



” Refinancováním úvěru u spořitelního družstva Artesa se nám snížily úrokové náklady, a díky výhodnému splátkovému kalendáři došlo zároveň k uvolnění finančních prostředků na pokrytí nákladů spojených s rekonstrukcí našeho logistického parku v Plzni. “

Ing. Dana Kubátová

VAŠE PODNIKATELSKÉ PLÁNY MĚNÍME V REALITU

Úvěr Artesa FLEXI

- * individuální posouzení každé žádosti
- * podmínky úvěru přizpůsobené potřebám klienta
- * poskytovaná výše úvěru od 2-155 mil. Kč
- * úročení sazbou od 6,9 % p.a.
- * jednorázové i postupné čerpání
- * individuální splátkový kalendář

FARMABYZNYS

ŠŮKL poprvé zakázal vývoz léku

Slovenský Štátny ústav pre kontrolu liečiv poprvé ve své historii nepovolil vývoz léku do zahraničí, aby nechyběl tamním pacientům. Podle informací médií se zákaz může rozšířit i na další léčivé přípravky.

Distribuční společnosti mohou léčiva do zahraničí vyvázet ze Slovenska legálně, díky volnému pohybu zboží v rámci Evropské unie. Musejí nicméně svůj záměr a množství léků nahlásit Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv (ŠŮKL) 30 dní před plánovaným vývozem (v prvním čtvrtletí 2013 podali distributoři více než 1400 těchto žádostí). Na základě analýzy údajů o počtu dovezených léků na Slovensko a jejich spotřebě, případně po konzultaci s příslušnými odborníky pak ústav může export přípravků zakázat. Tak tomu bylo i v případě léku Lyrica určeného pro pacienty s epilepsií a některými dalšími neu-

rologickými onemocněními. „Vzhledem k tomu, že za lék není možná jiná terapeutická náhrada, jeho vývozem by mohlo hrozit reálné riziko nedostupnosti tohoto přípravku pro tisíce pacientů na Slovensku,“ vysvětlila pro deník Pravda mluvčí ŠŮKL Valéria Pernišová, podle níž ústav prověřuje případné riziko nedostatku i u dalších léků. Jak deník informuje, jedná se především o některé přípravky na ředění krve, léčbu hypertenze nebo srdečního selhání. Lékárny pak hlásí několikaměsíční výpadky i u léků onkologických, kardiologických, pro léčbu revmatických chorob nebo osteoporózy.

Firmy v utajení

Deník Pravda rovněž upozorňuje na skutečnost, že ŠŮKL nezveřejňuje seznam firem, jež chtějí léčiva do zahraničí exportovat. Novináři zaslali ústavu oficiální žádost o tento seznam s odvoláním na zákon o přístupu k informacím, ŠŮKL jej ovšem odmítl poskytnout, neboť samotné oznámení záměru vyvézt přípravek ještě neznamená, že se export nakonec uskuteční. „Poskytnutí informací před ukončením šetření by mohlo znamenat poskytnutí informací zavádějících, protože údaje o plánovaném vývozu nemusejí odpovídat reálnému počtu vyvezených

léků,“ píše ústav v odpovědi deníku Pravda. Jím oslovený právník Peter Wilfling však s postojem ŠŮKL nesouhlasí a upozorňuje, že podle zákona není možné zpřístupnit pouze takové údaje, jež by mohly vážně poškodit nějakou firmu nebo narušit její obchodní tajemství. „Z odpovědi ústavu není jasné, jak by seznam společností mohl tyto firmy poškodit,“ domnívá se právník.

Vykupování dovezených léků

a jejich export ze Slovenska do zahraničí se rozběhl poté, co úřady v minulosti začaly tlačit na dodavatele, aby ceny léčiv snížili. Tento krok sice zredukoval výdaje Slováků na některé přípravky, zároveň však vedl k jejich vývozu do ciziny, kde jsou dražší. Podle odhadů činí roční obrat při prodeji léků ze Slovenska do zahraničí kolem 300 milionů eur (asi 7,8 mld. Kč).

(Zdroj: Pravda, ČTK)

(kha)

Čechům záleží na původu léků

Více než třetina (35%) Čechů záleží na zemi původu léků, jež užívají. Většina z nich pak preferuje české výrobce.

Ukázal to průzkum farmaceutické společnosti Zentiva, jehož se v dubnu letošního roku zúčastnilo 1000 respondentů.

Jak z průzkumu dále vyplynulo, lidí, kteří preferují české léky, je dvakrát více než těch, kteří dávají přednost léčivým přípravkům z jiných vyspělých zemí. Zřetelnější preference českých léků před zahraničními je pak silnější v regionech mimo Prahu. Mezi nejčastější důvody, jež respondenti pro preferenci léků českého původu uvádějí, patřila jejich důvěryhodnost (42%), doporučení lékaře (34%), kvalita (31%) a fakt, že jsou na ně zvyklí (21%), přičemž tu-

to skutečnost uvedli častěji muži (29%) než ženy (15%).

„Výsledky průzkumu ukázaly, že Češi dávají přednost lékům českého původu. To je potěšující závěr, protože Zentiva je tradiční českou značkou, která dodává kvalitní a cenově dostupné léky nejen českým pacientům, ale také pacientům v Evropě, Africe a na Blízkém východě. Každá čtvrtá krabička v českých lékárnách je od Zentivy a za rok dodáme celosvětově kolem 500 milionů balení léků,“ uvedl ředitel komunikace společnosti Zentiva Libor Kytýř.

(Zdroj: Zentiva)

(akt)

KROKUZ zvyšuje zdravotní gramotnost klientek azylových domů

Farmaceutická společnost GlaxoSmithKline (GSK) a Sdružení azylových domů v České republice (S.A.D.) spustily nový projekt KROKUZ (Krok ku zdraví), jehož cílem je naučit klientky azylových domů pečovat o zdraví své i svých dětí.

První tři pilotní víkendové semináře probíhaly od února do dubna tohoto roku pro azylové domy z okolí Prahy, Olomouce a Frýdku-Místku. Matkám je umožněno, aby pobyt absolvovaly s dětmi.

„Jsme velmi rádi, že je o seminářích mezi klientkami azylových domů tak velký zájem. Chválí si zejména informace o očkování nebo respiračních onemocněních. Zajímají je ale i praktické informace týkající se práv při hospitalizaci dítěte nebo poplatků u lékaře. V České republice podobné projekty neexistují. Většina vzdělávacích iniciativ určených

pro ohroženou skupinu obyvatelstva se zaměřuje na finanční gramotnost,“ vysvětluje důvody podpory projektu generální ředitelka GSK PharmDr. Monika Horníková. Obyvatelky azylových domů zpravidla pocházejí z rodin, ve kterých rodiče nechťeli nebo nedokázali zvládnout svou výchovnou roli. Dívky, ženy a matky, které jsou v některém bodě svého života nuceny vyhledat pomoc azylového domu, tak často postrádají vědomosti, které se většinou lidí zdají být samozřejmé. „Zdravotní gramotnost je v Česku obecně velmi nízká. U našich klientek je ale tento problém ještě výraznější. Většina z nich byla v oblasti výchovy během svého života zanedbávána. Řada z nich se setkala i se zneužíváním nebo násilím. Navíc jsou samy matkami a mají často více dětí,“ popisuje ředitelka S.A.D. Dominika Najvert. „Vrátit se do běžného života a stát se nezávislými jim pomáhají azylové domy. Jenže ty na začlenění vzdělávání v oblasti zdraví bohužel nemají dostatečnou kapacitu ani zkušenosti. Proto jsme uvítali pomoc společnosti GSK.“

(Zdroj: GSK)

(red)

Cena Czech Superbrands 2013 pro Viagra

Komise nezávislých odborníků Brand Council programu Czech Superbrands udělila značce Viagra ocenění Superbrands Award.

„Těto významné ceny si velmi vážíme. Považujeme je za ocenění faktu, že se značka Viagra natolik vryla do povědomí veřejnosti, až se stala symbolem rychlé a kvalitní pomoci od nepříjemného a dlouho tabuizovaného problému s erekcí. Věříme, že je tato cena pro naše zákazníky ujištěním a povzbuzením při jejich každodenních rozhodnutích v intimním životě,“ komentovala získání titulu

„Czech Superbrands 2013“ ředitelka Business Unit Specialty Care společnosti Pfizer v ČR Ing. Lenka Svobodová. Sildenafil citrát je lékem první volby u pacientů s erektilní dysfunkcí, jež se alespoň v lehké formě vyskytuje až u 54% mužů ve věku 35–65 let, a v roce 1998 se stal prvním léčivým přípravkem pomáhajícím pacientům v léčbě zmíněného onemocnění.

Program „Superbrands“ byl založen před více než 15 lety ve Velké Británii předními marketingovými a komunikačními odborníky. V průběhu let se udělování tohoto ocenění rozšířilo do 88 zemí na 5 kontinentech. Titul „Superbrands“ získávají značky, které ve své oblasti mají výbornou pověst a jež zákazníky spojují s hodnotami a pozitivními emocemi.

(Zdroj: Pfizer)

(akt)

Krátce z farmabyznysu

• Indická farmaceutická společnost **Sun Pharmaceutical Industries Ltd.** jedná o koupi švédského výrobce léků **Meda AB**. Cena případné transakce by se měla vyšplhat na 5–6 miliard dolarů (cca 100–120 mld. Kč). Podle agentury Reuters tak Sun chce posílit svoji pozici v rozvinutých zemích. Obě společnosti se zaměřují na výrobu generických přípravků. Indická společnost již loni koupila americkou **Dusa Pharmaceuticals** a **URL Pharma** od japonské **Takeda Pharmaceuticals**.

• Generálním ředitelem farmaceutické společnosti **Pears Health Cyber** se stal dosavadní poradce pro strategický rozvoj **Pavel Knorr**.

Ve funkci nahradil zakladatele a majitele firmy **Vladimír Finsterleho**, jenž se bude věnovat mj. akvizicím a zahraniční expanzi.

„Hlavním posláním Pavla Knorra v roli generálního ředitele bude zvyšování efektivity stávajících operací, podpora synergie mezi divizemi skupiny a vytváření prostředí pro další dynamický rozvoj obchodních příležitostí,“ uvedla mluvčí **Pears Health Cyber Romana Žatecká**. Společnost působí v mnoha oborech zdravotnictví a farmacie v Česku, na Slovensku a dalších zemích. Provozuje *on-line* obchod, síť kamenných lékáren a portál o zdraví.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Trobalt (retigabin) – omezení používání

Evropská léková agentura doporučuje omezit při léčbě parciální epilepsie použití léčivého přípravku Trobalt obsahujícího retigabin, a to z důvodu rizika pigmentace sítnice.

Evropská léková agentura (EMA) doporučuje omezit použití léčivého přípravku Trobalt obsahujícího retigabin až na poslední volbu v léčbě parciální epilepsie z důvodu rizika pigmentace sítnice. Poměr přínosů a rizik zůstává pozitivní pro pacienty, kteří nemohou užívat alternativní léčbu. Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékové agentury doporučil omezit léčbu léčivým přípravkem Trobalt pouze na pacienty, u kterých jiná antiepileptická léčba nebyla dostatečná nebo tolerovaná. Toto doporučení je následkem vyhodnocení případů pigmentace kůže,

nehtů, rtů a očních tkání včetně sítnice, které byly hlášeny u pacientů v dlouhodobých studiích.

Pravidelné komplexní vyšetření očí

CHMP doporučuje zkontrolovat pacienty léčené přípravkem Trobalt při příští rutinní prohlídce. Měl by u nich být přehodnocen poměr přínosů a rizik a pacienti by měli být informováni o nejnovějších bezpečnostních údajích. CHMP také doporučuje provést komplexní oční vyšetření před zahájením léčby a poté alespoň každých 6 měsíců v jejím průběhu. Pokud bude při vyšetření zjiš-

těn pigment v sítnici nebo změny zraku, léčba přípravkem Trobalt by měla pokračovat pouze po pečlivém přehodnocení poměru přínosů a rizik.

U 15 z 55 pacientů, kteří v dlouhodobých studiích užívali léčivý přípravek Trobalt a dosud byli vyšetřeni, byla zjištěna pigmentace sítnice. Asi jedna třetina z těchto 15 pacientů s pigmentací sítnice měla současně poruchu zraku, která však byla u všech kromě jednoho pacienta pouze mírná. V současné době není jisté, zda pacienti měli poruchu zraku již před začátkem léčby přípravkem Trobalt, nebo zda vznikla v sou-

vislosti s pigmentací sítnice. Dále bylo z dlouhodobých studií nahlášeno 51 případů modrošedé pigmentace nehtů, rtů a kůže. V současné době je stále ještě objasnována povaha těchto barevných změn i způsobu, jak k nim dochází. Výbor CHMP vzal ve svém hodnocení v úvahu nejen význam pigmentace sítnice, která může vést

k poruše zraku, ale také skutečnost, že nekontrolovaná epilepsie je závažný stav, který může být život ohrožující, pokud není léčen. Výbor CHMP proto došel k závěru, že přípravek Trobalt zůstává cennou alternativou pro pacienty, jejichž epilepsii není možno léčit jinými antiepileptiky. Podrobné informace pro zdravotníky i pacienty najdete na webových stránkách www.sukl.cz.

(Zdroj: SÚKL)

Oznámení SÚKL – Cilest a Pramino

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o závadě v jakosti léčivých přípravků Cilest, por. tbl. nob., Pramino, por. tbl. nob., a Pramino 28.

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje o závadě v jakosti léčivých přípravků Cilest, por. tbl. nob., Pramino, por. tbl. nob., a Pramino 28, por. tbl. nob. (čísla šarží najdete na www.sukl.cz).

Držitel rozhodnutí registraci, Janssen-Cilag, s. r. o., Praha, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: preventivní stažení výše uvedených šarží léčivých přípravků z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – v rámci stabilizační studie byly zjištěny výsledky tes-

tů disoluce mimo limity specifikace u šarží starších 18 měsíců. Uvedená závada neovlivňuje účinnost uvedených léčivých přípravků.

Doplňující informace SÚKL

Po registraci léčivého přípravku je výrobce povinen průběžně provádět testy ověřující kvalitu vyrobeného produktu. V rámci těchto hodnocení bylo zjištěno, že u antikoncepčních přípravků Cilest a Pramino po 18 měsících od výroby dochází ke snížení uvolňování jedné z účinných látek v prvních 30 minutách. Testy však zároveň potvrdily, že po 60, 120 a 180 minutách celkové množství uvolněné účinné látky odpovídá požadovaným hod-

notám. Výsledky testů tedy potvrdily účinnost léčivých přípravků Cilest a Pramino.

Od roku 2012 nebylo Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv hlášeno žádné podezření na nežádoucí účinek ve smyslu neúčinnosti antikoncepčních přípravků Cilest a Pramino. Pacientky užívající tyto antikoncepční přípravky by neměly samovolně ukončovat jejich užívání a s ohledem na dočasnou nedostupnost antikoncepce Cilest a Pramino, která se očekává v důsledku preventivního stahování z trhu, ke kterému přikročil držitel rozhodnutí o registraci, by měly včas navštívit svého gynekologa a domluvit se na jiné vhodné antikoncepci.

(Zdroj: SÚKL)

ilustrační foto: Shutterstock



Informace SÚKL – Seretide Diskus 50/250

SÚKL informuje o opatření ve věci závady v jakosti některých balení dvou šarží léčivého přípravku Seretide Diskus 50/250.

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Glaxo Group Limited, Brentford, Velká Británie, ve věci závady jakosti přípravku Seretide Diskus 50/250, inh. plv. 60x50/250 µg (čísla šarží: 4732, 4771), přijatém dle ustanovení § 33 odst. 3 písm. c) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů.

U některých balení přípravku ve zmíněných šaržích uvedených do obě-

hu v České republice se vyskytla závada v jakosti postihující dávkovací systém Diskus. Dle odhadu výrobce se závada týká asi 124 balení. Další podrobnosti o charakteru závady najdete ve Sdělení držitele rozhodnutí o registraci uveřejněném na stránkách www.sukl.cz.

SÚKL uvádí, že ačkoli se jedná o léčivý přípravek, jehož výdej je dle rozhodnutí o registraci vázaný na lékařský předpis, nebude jeho výměna pacientovi v lékárně podminěna předložením lékařského předpisu. Ústav doporučuje po-

skytovatelným lékárně péče vést o provedené výměně záznam umožňující identifikovat vyměňovaný léčivý přípravek, s uvedením jeho kódu přiděleného Státním ústavem pro kontrolu léčiv a čísla šarže, důvodu stahování závadných balení, data provedení výměny, a dále záznam o odevzdání stažených léčivých přípravků zpět distributorovi. Tento záznam bude sloužit také jako doklad o výdeji tohoto léčivého přípravku pro účely evidence v lékárně.

(Zdroj: SÚKL)

Oznámení a upozornění SÚKL

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

- Neodkladném opatření Glenmark Pharmaceuticals, s. r. o., držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku Portora 35 mg tablety s prodlouženým uvolňováním, por. tbl. pro., 60x35 mg (čísla šarží najdete na www.sukl.cz). Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují z důvodu schválené změny v registraci (změna v souhrnu údajů o přípravku a v příbalové informaci v důsledku prováděcího rozhodnutí Komise ze dne 3. 9. 2012 vztahující se k účinné lát-

ce trimetazidin). Plynulost dodávek nebude narušena, protože jsou k dispozici další šarže léčivého přípravku odpovídající údajům a dokumentaci po provedení uvedené změny.

- Neodkladném opatření společnosti Hexal AG, Holzkirchen, Německo, držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku Molsihexal Retard, por. tbl. pro. 30.

Uvedené šarže léčivého přípravku (najdete je na www.sukl.cz) se stahují z důvodu zdravotnických zařízení z důvodu změny v registraci týkající se zkrácení doby použitelnosti z 5 let na 2 roky. Plynulost dodávek nebude narušena, protože jsou k dispozici další šarže léčivého přípravku.

(Zdroj: SÚKL)

Remisi SLE napomáhá nový lék

Závažným onemocněním systémovým lupusem erythematodes (SLE) trpí v Česku až 10 tisíc pacientů, ročně přibude 400 nových případů. Multisystémové autoimunitní selhání je nyní i u nás léčeno novým biologickým lékem.

Jedno z nejzávažnějších systémových onemocnění postihuje většinou ženy ve druhé a třetí dekádě života.

„Autoimunitní onemocnění, kdy si tělo vytváří protilátky vůči strukturám buněčného jádra, je provázeno motýlovitým exantémem a postihuje řadu tkání a orgánů. Ve druhé fázi onemocnění jsou většinou nevratně poškozeny ledviny, přidává se osteoporóza, ateroskleróza, stav komplikují těžké infekce a nádorová onemocnění. Pacientky umírají na infekční komplikace způsobené imunosupresivní léčbou. Více

mezioborové onemocnění než lupus neexistuje,“ potvrzuje MUDr. Dana Tegzová z Revmatologického ústavu v Praze.

Specializovaná léčba SLE, který je typický řadou závažných komplikací, kam patří kloubní, kožní, kardiovaskulární, plicní, renální, hematologické projevy či postižení CNS, spadá právě do kompetence revmatologů.

Pacient se SLE často trpí nepředvídatelnými vzplanutími onemocnění, objevují se závažné, život ohrožující nežádoucí účinky léčby. Standardní terapie glukokortikoidy, antimalariky, při zá-

važnějších formách imunosupresivními léky a cytostiky je nyní u dospělých pacientů, kterým se běžnou léčbou nedaří mírnit projevy nemoci, kombinována s přídatnou terapií novým biologickým lékem.

Nová biologická látka

Jak dodává ředitel Revmatologického ústavu prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., v roce 2011 byl americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) schválen biologický lék belimumab, humánní rekombinantní IgG1λ monoklonální protilátka, která

blokuje vazbu solubilního BLYS (B-lymphocyte stimulator) na B lymfocyty. Onemocnění je tak dlouhodobě udržováno v remisi.

Zatím je lék ve schvalovacím procesu ohledně úhrady a připravují se jeho indikační kritéria. Pokud bude přípravku úhrada z veřejného zdravotního pojištění schválena, půjde pravděpodobně o tzv. centrový lék, bude tedy podáván pouze v centrech biologické léčby. Jedním z nich je právě Revmatologický ústav.

„Diagnostika lupusu není jednoduchá, obraz onemocnění totiž bývá velmi nejednoznačný. V tomto ohledu je velmi důležitá činnost komponentu, který auto-protilátky detekuje. Naše laboratoře se diagnostice systémového lupusu cíleně věnují a díky dlouhodobé praxi s tímto onemocněním jsou velmi dobře schopné interpretovat výsledky vyšetření, přestože většina ze 130 protilátek je raritní,“ popisuje proces diagnostiky SLE prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

Spolek Lupus ČR – podpora a informovanost

Onemocnění se stále nedostává dostatek pozornosti nejen ze strany laické, ale i odborné lékařské veřejnosti. Proto v nejbližších dnech zahájí svou činnost první oficiální sdružení pacientů se SLE – Spolek Lupus ČR. Ten si podle jeho zástupkyně Václavy Medlové Hůdové klade za svůj cíl zejména podporu a tlumočení potřeb stávajících i nově diagnostikovaných pacientů se systémovým lupusem a jejich rodin.

Dle slov profesora Pavelky se však nejen diagnostika, ale i péče o nemocné se SLE stále zlepšuje. Dokládá to například pozitivní posun při možnosti těhotenství těchto pacientek. „Dříve byla genetikem v těchto případech ze zdravotních důvodů indikovaná interrupce, nyní se ve spolupráci s Ústavem péče o matku a dítě daří matkám s lupusem donosit 9 z 10 dětí,“ uzavírá Karel Pavelka.

Petra Klusáková

Octový screeningový test znamená naději pro rozvojový svět

Jednoduchý screeningový test využívající ocet pomohl v rámci studie provedené ve skupině 150 tisíc indických žen snížit úmrtí na cervikální karcinom o 31%.

Pokud by se tento test stal součástí screeningu rakoviny děložního čípku, znamenalo by to každoročně prevenci 22 tisíc úmrtí na toto onemocnění v Indii a 75 tisíc v rozvojovém světě. Uvedli to autoři studie z bombajské Tata Memorial Hospital na konferenci Americké společnosti klinické onkologie (ASCO) v Chicagu. „31procentní snížení úmrtnosti na rakovinu děložního čípku se dá jistě považovat za signifikantní,“ prohlásil vedoucí studie dr. Surendra Shastri.

Logistické i finanční problémy

Cervikální karcinom stojí nejčastěji za úmrtími v důsledku onkologických onemocnění u indických žen a často i v dalších chudých regionech světa. „Nízkonákladové screeningové programy jsou proto v Indii nesmírně důležité,“ potvrzuje dr. Kathleen Schmelerová z Texaské univerzity.

Podle Surendry Shastriho v současnosti v zemi žádné screeningové programy neprobíhají, především proto, že PAP test, který

je běžný v rozvinutých státech, naráží v Indii na logistické a hlavně finanční problémy. „Doufáme, že naše výsledky budou mít na snížení výskytu cervikálního karcinomu ve světě skutečný dopad,“ uvedl.

Do studie bylo zařazeno na 150 tisíc žen ve věku 35–64 let bez předchozího onkologického onemocnění ze 20 slumů v okolí města Bombaj. Kvůli případným sociálním bariérám a předsudkům, jež s sebou screening stále často nese, se vědci nejprve pro podporu programu obrátili na politiky, místní představitele, ale také náboženské vůdce. K provedení testu (tedy aplikaci octa a vyhodnocení výsledků) pak vyškolili místní ženy s určitým dosaženým stupněm vzdělání.

Plány do budoucna

Účastnice byly randomizovány do dvou skupin – první z nich podstoupila vzdělávací program zaměřený na základní informace o cervikálním karcinomu, jeho rozpoznání a příznaky, druhá byla zařazena do screeningového programu, v jehož rámci cel-

kem 4x podstoupily vyšetření, při němž jim byl na děložní čípek aplikován ocet. Případné prekancerózní buňky se během několika minut zbarvily dočerna a byly viditelné pouhým okem. Všechny ženy měly garantovanou bezplatnou léčbu, pokud by se u nich rakovina potvrdila.

U účastnic zařazených v screeningovém programu došlo k 31% snížení úmrtnosti v důsledku cervikálního karcinomu ve srovnání se skupinou v programu vzdělávacím. Na základě výsledků této studie indická vláda plánuje začít s popsaným screeningovým programem v rámci celé země. Stát Maháráštra, kde studie probíhala, již začal se vzděláváním zdravotnických pracovníků a hodlá v brzké budoucnosti se screeningem začít u všech žen ve věku 35–64 let, včetně těch, jež byly ve studii zařazeny do vzdělávacího programu, a nepodstoupily tedy test s octem.

Obdobné studie v současnosti probíhají i v jiných rozvojových zemích, například Salvadoru nebo Brazílii.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Pacientům s diabetem pomohou v HB videa

Diabetologická ambulance Nemocnice Havlíčkův Brod představila ojedinělý projekt pro pacienty trpící diabetem. Ti mohou na jejích internetových stránkách zhlédnout instruktážní videa, jež jim pomohou orientovat se v pravidlech a omezeních spojených s tímto onemocněním.

„Pacientům sice veškeré informace vždy poskytujeme při jejich návštěvě naší ambulance, ale informací je mnoho. Často jsou lidé v určitém stresovém rozpoložení z nemoci, a tak si třeba vše ani nezapamatují. Proto jsem přišla s nápadem jak pacientům usnadnit přístup k informacím a vytvořila jsem videa, z nichž se nemocný dozví vše potřebné,“ popisuje vedoucí diabetologické ambulance Nemocnice Havlíčkův Brod MUDr. Eva Pěkná.

Orientace v základních pravidlech

Přibližně 10minutová videa, jichž lidé najdou na internetových stránkách www.onhb.cz v sekci „Diabetologická ambulance“ zatím celkem 13, zpracovávají jednoduchou a srozumitelnou formou témata jako základní principy dia-

betické diety, jak aplikovat inzulín, jak provádět sebekontrolu pomocí glukometru, ale především pomohou orientovat se ve stravovacích návycích spojených s tímto onemocněním. Z výukových důvodů jsou informace zjednodušené a nenahrazují konkrétní doporučení lékaře k individuálnímu pacientovi. Pouze mají pomoci pacientům v základní orientaci a vyrovnání se s životní změnou, již diabetes přináší.

„Soustavně se snažíme o zvyšování kvality péče a služeb o naše pacienty. V době, kdy je internet běžnou součástí domácností a je přístupný veřejně i na chodbách naší nemocnice, chceme využívat moderních technologií k větší edukaci klientů,“ uzavírá ředitel Nemocnice Havlíčkův Brod Mgr. David Rezníček.

(Zdroj: Nemocnice Havlíčkův Brod)

(red)

CEITEC se zapojil do iniciativy **EU-LIFE**

Středoevropský technologický institut CEITEC se zařadil mezi deset nejvýznamnějších evropských výzkumných institucí a zahájil nové spojenectví pod hlavičkou iniciativy EU-LIFE, která bude propagovat evropský výzkum.

Posláním EU-LIFE je podpora excelence, sdílení poznatků a vliv na politiku v oblasti přírodních věd. Partnery v EU-LIFE jsou renomovaná mezinárodní výzkumná centra, jež pracují s podobnými principy excelence, vnějším hodnocením, nezávislostí a konkurenceschopností. Ve vysoce konkurenčním výzkumném prostředí, zvláště během obtížného ekonomického období, věří, že mohou spojit síly a tím přispívat k prosazení evropské vědy do popředí.

Přidaná hodnota pro evropskou vědu

„Proč se nám často nedaří přilákat nejlepší studenty ze Spojených států amerických? Proč mnoho našich mladých talentů odchází na jiné kontinenty a nevrací se?“ pokládá si otázku ředitel Centre for Genomics Regulation (CGR) a jeden ze spoluzakladatelů této iniciativy Luis Serrano. „V Evropě existuje mnoho vynikajících výzkumných ústavů. Tím, že prostřednictvím EU-LIFE zvýší-

me naši mezinárodní viditelnost, si kládeme za cíl zvýšit povědomí o evropské vědě“, vysvětluje Luis Serrano.

„Chceme zkoordinovat své úsilí a ne pracovat samostatně. Díky tomu vytvoříme přidanou hodnotu pro evropskou vědu. Například si představujeme, že se dohodneme na společných standardech pro Ph.D. programy, na výměnných pobytech vědců a organizování společných vědeckých akcí pro mladé výzkumníky,“ vypočítá

tává výkonný ředitel CEITEC Markus Dettenhofer.

Strategickými partnery EU-LIFE jsou CGR (Španělsko) a VIB (Belgie), které se podílejí na vedení, dále Institut Curie (Francie), Netherlands Cancer Institute (Nizozemsko), Max Delbrück Center for Molecular Medicine (Němec-

ko), Istituto Europeo di Oncologia (Itálie), Instituto Gulbenkian de Ciência (Portugalsko), CeMM Research Center for Molecular Medicine of the Austrian Academy of Sciences (Rakousko), CEITEC (Česko) a Institute for Molecular Medicine Finland (Finsko).

(Zdroj: CEITEC)

(red)

Nikotin a Parkinsonova nemoc

Během posledního desetiletí několik epidemiologických studií potvrdilo, že riziko Parkinsonovy nemoci (PN) je u kuřáků mnohem nižší než u nekuřáků.

Vysvětlení spočívá v tom, že nikotin z cigaretového kouře stimuluje nikotinové receptory a tím působí na obnovu dopaminu v bazálních gangliích, který je u pacientů s PN vyčerpán. Výzkum na primátech ukázal, že nikotin rovněž tlumí nežádoucí vedlejší účinky léčby levodopou.

Snížení rizika Parkinsonovy choroby závisí na celkové akumulované dávce (množství vykouřených cigaret nebo jiné formy tabáku za rok), týká se bělochů a Asiatů, ale nikoli Afroameričanů, a „ochranný vliv kouření“ se snižuje u bývalých kuřáků od doby, kdy přestali kouřit (Ritz B et al. *JAMA Neurology* 2007, 64(7): 990-997).

Testy s náplastmi i paprikami

Na jaře tohoto roku nadace známého herce Michaela J. Foxe (Michael J. Fox Foundation, MJFF), který sám trpí těžkou PN, začala podporovat klinické zkoušky, jež mají zjistit, zda nikotinové náplasti u kuřáků, kteří se snaží přestat kouřit, mají stejný efekt. Do studie nazvané NIC-PD se zapojilo 160 pacientů s PN v Německu a USA, kontrolní skupina dostane placebo náplasti. Další studie publikovaná 9. května 2013 v *Annals of Neurology* informuje, že rostliny z čeledi lilkovitých (mj. lilkek, kustovnice nebo paprika) mají plody, které obsahují požitelný nikotin, ale v mnohem

menším množství než cigaretový kouř, a také snižují riziko PN. Tato studie z amerického Seattlu zahrnovala 490 pacientů s novou diagnózou PN a 644 osob bez neurologických potíží jako kontrolní skupinu. Zelenina jako taková (bez výběru) neměla na riziko Parkinsonovy nemoci vliv, ale plody lilkovitých, zejména ve větším množství a především papriky, měly podstatný ochranný vliv hlavně u mužů a žen, kteří dříve nekouřili nebo jen málo. Je však třeba vzít v úvahu, že na stimulaci nikotinových receptorů působí i genetické faktory. Nikdo také samozřejmě nedoporučuje, aby lidé, kteří mají obavy z Parkinsonovy choroby, začali kouřit. (mls)



ilustrační foto: Shutterstock

Selektivní modulátory estrogenových receptorů v prevenci karcinomu prsu

(aktualizovaná metaanalýza dat participujících žen)

Tamoxifen a raloxifen snižují riziko karcinomu prsu u žen se zvýšeným rizikem, délka trvání tohoto efektu však zatím není zcela jasná.

Vědci Britského centra pro výzkum rakoviny (Cancer Research UK) analyzovali data z 9 klinických zkoušek zaměřených na prevenci karcinomu prsu. Srovnali vliv 4 selektivních modulátorů estrogenových receptorů – tamoxifenu, raloxifenu, arzoxifenu a lasofoxifenu – s placebem (a v jedné studii s tamoxifénem) na incidenci karcinomu prsu v následujících 10 letech. Incidence byla snížena o 38%, což přepočítáno do praxe znamená, že by bylo třeba léčit 42 žen po dobu 10 let, aby se předešlo vzniku jednoho případu karcinomu prsu.

V prvních 5 letech estrogenové profylaxe byl efekt o něco lepší (42%). Díky této léčbě došlo u žen také ke sníženému počtu zlomenin obratlů, ale četnost výskytu zlomenin dlouhých kostí ovlivněna nebyla. Tromboembolické komplikace byly častější.

I když lze říci, že zmíněná studie potvrdila pozitivní vliv těchto modulátorů na snížení rizika vývoje karcinomu prsu, v praxi bude třeba pečlivě zvážit, které ženy by byly pro tuto preventivní léčbu nejvhodnějšími kandidátkami.

(Zdroj: Lancet)

(mls)

IDegLira čeká na schválení EMA

Farmaceutická společnost Novo Nordisk oznámila, že Evropské lékové agentuře (EMA) předložila žádost o registraci přípravku IDegLira.

IDegLira je kombinací degludeku (Tresiba, dlouhodobě působící analog bazálního inzulínu nové generace) a liraglutidu (Victoza, dlouhodobě účinný analog lidského GLP-1), která je určena pro léčbu pacientů s diabetem mellitem 2. typu.

Snížení HbA_{1c}

Žádost je podložena výsledky klinických studií programu DUAL, jichž se zúčastnilo na 2 tisíce nemocných s diabetem 2. typu, a rozsáhlými klinickými daty získanými během

vývoje a testů degludeku a liraglutidu. V rámci programu DUAL dosáhli pacienti léčeni IDegLirou v dávce 1x denně průměrného snížení HbA_{1c} 0,9%. Navíc 81% nemocných léčených tímto přípravkem, kteří předtím užívali orální antidiabetika, a 60%, kteří byli dříve léčeni bazálním inzulínem, dosáhlo v klinických studiích s IDegLirou snížení HbA_{1c} na 7%, tedy na hodnotu doporučenou Evropskou asociací pro studium diabetu (EASD) i Americkou diabetologickou aso-

ciací (ADA). U těchto pacientů byl rovněž zaznamenán nízký výskyt hypoglykemie a také pokles tělesné hmotnosti.

„IDegLira má potenciál stát se průlomovým léčivem v terapii diabetu mellitu 2. typu a těšíme se, že se nám podaří zpřístupnit pacientům s touto diagnózou v Evropské unii první kombinaci inzulínu a GLP-1,“ uvedl viceprezident společnosti Novo Nordisk a šéf výzkumu Mads Krogsgaard Thomsen.

(Zdroj: Novo Nordisk)

(akt)

Účinek vitamínu C je v onkologii závislý na dávce NIH vyzývá: „Dejte šanci vitamínu C“

Dle doporučení ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) je potřeba vitamínu C u onkologických pacientů zvýšena. Vyplývá to z několika faktorů: z role, kterou hraje zánětlivý proces v etiologii onkologických chorob (při zánětu je zvýšená potřeba askorbátu), z úlohy oxidativního stresu v rozvoji zánětu i v etiologii onkologických chorob a dále z deficitu vitamínu C u onkologicky nemocných. Tento deficit je individuální, nicméně potlačit oxidativní stres a zánět jako etiologické procesy vzniku onkologických chorob je žádoucí.

Guidelines Americké společnosti pro parenterální výživu (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, ASPEN) a Národního onkologického ústavu (National Cancer Institute, NCI) také rozlišují mezi potřebami fyziologickými, u zdravého jedince, a patofyziologickými u nemocného. Potřeba vitamínu C během zánětlivých onemocnění výrazně stoupá, což je zdůvodněno přítomností oxidativního stresu a redistribucí vitamínu C v organismu.

Rozlišení dávek vitamínu C na fyziologickou a nutričně farmakologickou úroveň potvrzuje studie, ve které byla kriticky nemocným pacientům parenterálně podávána dávka až 3 g denně, což za 7 dní reprezentuje dávku celkem 21 gramů (Berger, 2009). Ve schématu, které je uvedeno níže, toto dávkování u infuzní terapie vitamínem C reprezentuje antioxidační a protizánětlivé účinky. Jak je uvedeno dále, při dalším navýšení dávky vitamínu C lze dosáhnout účinku netoxicky chemoterapeutického.

Vysoká dávka jako součást onkologické léčby

Vysoká dávka vitamínu C v řádu gramů (která může být efektivní jen při parenterálním podání, vzhledem k omezenému vstřebávání po podání perorálním – maximální vstřebatelná perorální dávka vitamínu C činí 200 mg) nejen vyrovnává sníženou hladinu u těchto pacientů, ale svým antioxidačním, protizánětlivým a selektivně protinádorovým účinkem příznivě působí jako součást onkologické terapie. K tomuto efektu je třeba molárních plasmatických koncentrací, dosažitelných jen parenterální aplikací.

Z těchto důvodů také autoři studií k tomuto tématu podávali vysoké dávky vitamínu C intravenózně; například aplikovali dávky počinaje 7,5 g denně v pomalé infuzi (Mikirova, 2012). U pacientů byly po této úvodní dávce provedeny laboratorní testy, včetně hladiny kreatininu, a při zjištění hodnot v mezích normy bylo pacientům nabídnuto podávání stou-

pajících dávek vitamínu C až do 50 g v infuzi 3x týdně. U 75% pacientů poklesla hladina prozánětlivých parametrů, jako je C-reaktivní protein (CRP), IL-1 α , IL-2, IL-8, TNF- α či eotaxin.

Projevila se korelace mezi hladinou nádorových markerů (PSA, CEA, CA27.29, CA15-3) a hladinou CRP. Nejvýrazněji poklesly nádorové parametry u pacientů s karcinomem prostaty, v jehož etiologii hraje podle autorů významnou roli zánět.

Plasmatická hladina potřebná pro cytotoxický účinek

Riordan (1995) zavedl klinický protokol intravenózního podávání vitamínu C, publikoval příslušná farmakokinetická data (Riordan, 2003), kazuistiky (Gonzalez, 2005) a výsledky klinické studie, ve které byl pacientům v infuzi podáván vitamín C v dávce od 0,15 do 0,7 g/kg/den po dobu 8 týdnů (Riordan, 2005).

I v další studii (Hoffer, 2008) byla mapována farmakokinetika vitamínu C u pacientů s onkologickým onemocněním. Pacienti dostávali dávky 0,1, 0,2, 0,4, 0,6, 0,9 a 1,5 g/kg/den 3x týdně. Průměrné trvání této léčby činilo 10 týdnů. Sérovy kreatininu u zařazených pacientů v průběhu studie nestoupal (medián byl 72 μ mol/l), nedocházelo tedy k poruše renální funkce. Koncentrace kyseliny askorbové v séru byly přímo úměrné dávce. Pokud jde o trvání zvýšené hladiny v séru, při dávce 1,5 g/kg (kterou autoři doporučují jako optimální) přetrvává plasmatická koncentrace 10 mmol/l po dobu 4,5 hodiny a koncentrace 5 mmol/l po dobu 7 hodin. Pokud jde o toleranci vitamínu C podávaného nitrožilně v uvedených dávkách, vyskytly se jen nezávažné příznaky, například bolesti hlavy, nauzea či průjem. Autoři konstatují, že dávka 1,5 g/kg vitamínu C podávaná 3x týdně je bezpečná, bez závažnější toxicity pro pacienty s normální funkcí ledvin a bez známek urolitiázy při výchozím vyšetření.

Protože v literatuře se uvádí, že plasmatická hladina potřebná

pro cytotoxický účinek činí minimálně 5 mmol/l (Hoffer, 2008), byla dávka 1,5 g/kg stanovena jako optimální vzhledem k adekvátnímu farmakokinetickému profilu a dobré toleranci. Tato dávka byla ve studii dobře tolerována. Autoři předpokládají, že u vyšší dávky by mohly vyvstat problémy nikoli z důvodu toxicity vitamínu C, ale spíše vzhledem k následně vysoké osmolalitě plasmu. Pokud se vyskytly nějaké nežádoucí účinky, vztahují je autoři nikoli k účinku vitamínu C, ale jsou podle nich obvyklé při aplikaci jakéhokoli roztoku s vysokou osmolalitou. Podle jejich zkušeností se jim dá zaměřit tím, že se pacientům před infuzí a během ní doporučuje více pít. Autoři považují za prokázáno, že aplikace vitamínu C v dávce 1,5 g/kg denně, podávané v infuzi trvající 90–120 minut 3x týdně pacientům s normální renální funkcí, je bezpečná, bez závažných nežádoucích účinků a touto dávkou lze dosáhnout plasmatické koncentrace minimálně 10 mmol/l po dobu několika hodin, což považují u onkologicky nemocných za žádoucí.

Bezpečnost vysokých dávek vitamínu C

Bezpečnost podávání vysokodávkovaného vitamínu C u onkologicky nemocných byla též prokázána ve studii s nemocnými s karcinomem pankreatu, kde byl vitamín C podáván v kombinaci s gemcitabinem (Welsh, 2013). Pacientům byla aplikována testovací dávka 15 g/den ve 250 ml 5% vodného roztoku dextransu, a to infuzí trvající 30 minut. Pokud byla tato dávka tolerována, následovala v průběhu kalendářního týdne druhá, stejně vysoká. Poté byla 2x týdně podávána zvyšující se dávka až do dosažení plasmatické hladiny askorbátu 350 mg/dl. Infuze s vitamínem C byly podávány ve 4týdenním cyklu. Pokud jde o bezpečnost vysokodávkovaného vitamínu C, nebyly

zaznamenány žádné projevy toxicity limitující dávku (DLT) ani žádné závažné nežádoucí účinky.

Jak ukazují uvedené studie, u onkologicky nemocných s normální funkcí ledvin (a bez urolitiázy) při výchozím vyšetření je parenterální aplikace vitamínu C v uvedených dávkách bezpečná, v žádné ze studií autoři neuvádějí vznik oxalátové urolitiázy jako následku podávání vitamínu C těmto pacientům.

Účinek je závislý na dávce

Vitamín C reprezentuje esenciální složku výživy a zároveň se využívá jeho terapeutický potenciál v léčbě onemocnění podmíněných oxidativním stresem u kriticky nemocných pacientů, včetně onkologických.

Fyziologické koncentrace vitamínu C jsou potřebné pro řadu různých enzymatických, respektive biochemických procesů, jako je tvorba kolagenu, syntéza karnitinu, dále se účastní metabolismu železa, syntézy dopaminu, syntézy serotoninu z tryptofanu, přeměny cholesterolu na žlučové kyseliny či hydroxylace kortisolu. Vitamín C je také kofaktorem detoxikačních eliminačních reakcí v játrech v rámci systému CYP450.

Pro dosažení fyziologické koncentrace vitamínu C v krevní plasmě (1,08–1,44 mg/dl) postačuje pro zdravého jedince perorálně podaná miligramová denní dávka 100–200 mg. Ta byla prokázána jako optimální z hlediska farmakokinetického vstřebávání vitamínu C ze střeva. Vstřebání dávek vyšších než 200 mg po perorálním podání je již limitováno stropovým efektem, a proto je tyto vyšší dávky nutné podávat parenterálně. Fyziologická dávka je ovšem nedostačující u nemocných, u nichž je nutné suplementovat vitamín C parenterálně v gramových dávkách, jelikož takové dávky reprezentují účinky terapeutické.

V dávkách 0,1–0,6 g/kg tělesné hmotnosti se u vitamínu C projevuje jeho účinek antioxidační, imunomodulační, protizánětlivý a selektivně cytostatický vůči nádorovým buňkám.

Na tomto rozhraní gramových dávek proběhla klinická studie prokazující, že parenterálně podaný vitamín C u onkologicky nemocných lidí zlepšuje tělesné, duševní a kognitivní funkce (Yeom, Jung et al., 2007). Tyto výsledky potvrzují významný zlepšení kvality života publikuje také studie realizovaná na univerzitě v Kolíně nad Rýnem, ve které byla pacientům s karcinomem prsu podávána 1x týdně po dobu 1 měsíce infuze obsahující 7,5 g vitamínu C (Vollbracht, Schneider et al., 2011).

Ve velmi vysokých dávkách, v rozmezí 0,75–1,75 g/kg tělesné hmotnosti, vitamín C vykazuje selektivně cytotoxický účinek vůči nádorovým buňkám. Příklady klinických studií, které využily této vrcholové dávky vitamínu C jako netoxického chemoterapeutika, byly uvedeny v textu výše.

Doporučené terapeutické režimy – dávkovací schémata

Následující dávkovací schémata definují využití léčebného potenciálu vitamínu C v parenterální výživě, a to v závislosti na podávané dávce. Zároveň je uveden jeho mechanismus účinku a také terapeutický efekt, který lze od parenterálně podané dávky vitamínu C očekávat. Následující příklady jsou odvozeny pro pacienta vážícího 75 kg.

a) Vitamín C v dávce 0,1 g/kg tělesné hmotnosti 1x týdně

• **Mechanismus účinku:** imunomodulační.

• **Očekávaný efekt:** Zvýšení kvality života onkologického pacienta, snížení toxicity chemoterapeutik, hlavně v oblasti imunitních buněk.

Tab. 1 Imunomodulační účinek vitamínu C

| Dávka vitamínu C | Mechanismus účinku | Jednotlivá dávka | Dávkování pro 75kg pacienta | Způsob podání |
|-------------------------|--------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
| nutriční-farmakologická | imunomodulační | 0,1 g/kg | 1x týdně 7,5 g | i. v. |

NOVINKY VE FARMAKOTERAPII

Tab. 2 Protizánětlivý účinek vitamínu C

| Dávka vitamínu C | Mechanismus účinku | Jednotlivá dávka | Dávkování pro 75kg pacienta | Způsob podání |
|-------------------------|--------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
| nutriční-farmakologická | protizánětlivý | 0,2–0,6 g/kg | 2x týdně 15–45 g | i. v. |

Tab. 3 Selektivně cytostatický/cytotoxický účinek vitamínu C

| Dávka vitamínu C | Mechanismus účinku | Jednotlivá dávka | Dávkování pro 75kg pacienta | Způsob podání |
|-------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
| nutriční-farmakologická | selektivně cytostatický/cytotoxický | 0,75–1,75 g/kg | 2x týdně 75 g | i. v. |

Vitamin C v této nutriční dávce působí na různé typy buněk imunitního systému tak, že ochraňuje leukocyty před oxidativním stresem. Ve svém důsledku má tento ochranný účinek vitamínu C zásadní vliv na ochranu buněk imunitního systému před toxicitou chemoterapeutik (častá leukopenie po chemoterapii).

Dále vitamin C působí na zvýšení proliferace a diferenciacie lymfocytů (podpora vzniku Th1, Th2, Th reg lymfocytů), zlepšuje odpověď lymfocytů na antigenní podněty (zvýšená protibakteriální obrana vůči bakteriím i virům), ochraňuje lymfocyty před apoptózou (prodlužuje jejich životaschopnost). Vitamin C svým neutralizačním vlivem na volné radikály (antioxidativní efekt) snižuje riziko poškození tělesných buněk, včetně buněk imunitních.

b) Vitamin C v dávce 0,2–0,6 g/kg tělesné hmotnosti 2x týdně

• **Mechanismus účinku:** protizánětlivý efekt na základě antioxidativního působení.

• **Očekávaný efekt:** zvýšení kvality života, snížení toxicity chemoterapie, podpora účinnosti chemoterapeutických konvenčních postupů, prevence metastáz, prodloužení doby remise, prodloužení doby do progresu, cytostatický účinek na nádorové buňky.

Vitamin C v tomto rozmezí dávek působí protizánětlivě, a to na několika úrovních:

- přímý vliv na snížení hladiny prozánětlivých cytokinů, jako je TNF- α , IL-1, IL-2, IL-8,
- snížení hladiny oxidativního stresu v organismu a s tím související výskyt volných radikálů. Inhibicí patofyziologického zánětlivého procesu dochází k výraznému zlepšení zdravotního stavu na úrovni tělesných departmentů, což vede ke stimulaci mechanismů (imunita, nervový systém) podporujících šanci na uzdravení. Snížení prozánětlivé pohotovosti organismu snižuje možnou vitalitu a progresi nádorových onemocnění, prodlužuje stav remise a od-

luje propuknutí progresu nádoru, zvyšuje kvalitu života.

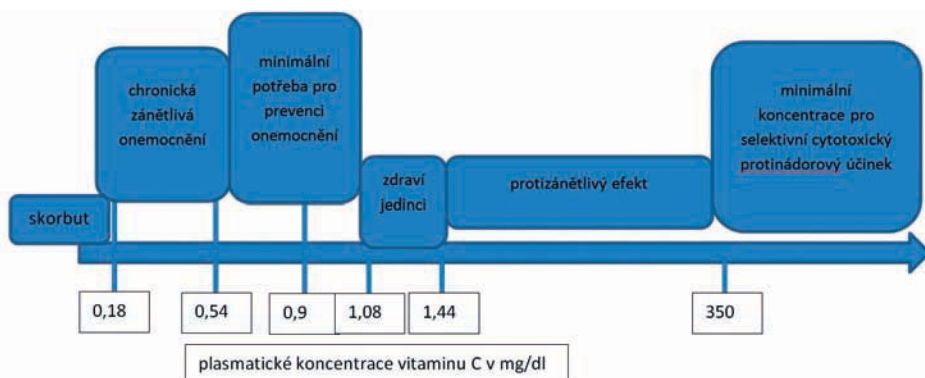
c) Vitamin C v dávce 1,0 g/kg tělesné hmotnosti 2x týdně

- **Mechanismus účinku:** protinádorový efekt na základě prooxidativního působení.
- **Očekávaný efekt:** selektivně cytotoxický vliv nádorové buňce.

Tento nutričně-terapeutický protokol se s výhodou používá u onkologických pacientů, kteří nemohou být léčeni chemoterapeutiky, případně synergicky posiluje účinek chemoterapeutik. Dále se tato dávka může podávat společně s chemoterapeutiky u závažných forem malignit (např. ca pankreatu). Vysoká dávka vitamínem C je potřebná pro dosažení protinádorově působících plasmatických hladin vitamínu C, a to minimálně 350 mg/dl po dobu několika hodin. Dávku je možné zvyšovat do 1,75 g/kg tělesné hmotnosti, aniž by se projevil toxické reakce. Léčba je velmi dobře snášena a nebyly pozorovány nežádoucí účinky.

Tab. 4 Časový harmonogram infuzního podávání vitamínu C u onkologických pacientů (selektivně cytotoxický účinek)

| Čas | Dávkování | Charakteristika dávky |
|--|--|---------------------------------|
| 1. týden | 2x týdně 15g i. v. + 0,2g vitamínu C p. o. denně | úvodní dávka |
| 2. týden | 2x týdně 30g i. v. + 0,2g vitamínu C p. o. denně | zvyšování dávky |
| 3. týden | 2x týdně 60g i. v. + 0,2g vitamínu C p. o. denně | zvyšování dávky |
| 4.-8. týden | 2x týdně 75g i. v. + 0,2g vitamínu C p. o. denně | maximální dávka |
| 9. týden a dále (posouzení dle kliniky) | 1-2x týdně 75g i. v. + 0,2g vitamínu C p. o. denně | udržovací dávka |
| Postupně snižování dávek ve vztahu ke klinickému stavu onkologického pacienta | | |
| 1.-2. měsíc | 1x za 14 dní 75g + 0,2g vitamínu C p. o. denně | snižující se frekvence podávání |
| 3.-4. měsíc | 1x za měsíc 75g + 0,2g vitamínu C p. o. denně | snižující se frekvence podávání |
| následujících 6 měsíců | 1x za měsíc 50g + 0,2g vitamínu C p. o. denně | udržovací dávka |



Tento protokol začíná podáváním 15 gramů vitamínu C jakožto testovací dávky z hlediska snášenlivosti léčby. Pokud je terapie dobře snášena, dávka se zvyšuje každý týden o 15g, až do 75g. Tato dávka by se měla podávat dlouhodobě, až do zlepšení objektivních markerů nádoru. Při zlepšení stavu pacienta léčbu náhle nevysazujeme, z důvodu případného rebound fenoménu, ale postupně snižujeme dávky. Vitamin C patří do dlouhodobé léčby a výživy onkologického pacienta.

Z hlediska bezpečnosti, jak dokládají poslední studie (Hoffer et al., 2008; Welsh et al., 2013), uvedené dávky vitamínu C nezvyšují riziko tvorby oxalátů. V klinické praxi se nepotvrdil ani další tradující se názor, že antioxidanty ve stadiu progresu nádorového bujení mohou nepříznivě ovlivnit protinádorovou terapii pomocí volných radikálů. Americký National Cancer Institute tento vliv vitamínu C na snížení účinku chemoterapie vyvrací, a to ve svém komentáři k práci publikované v roce 2008 (Heaney ML et al., 2008).

Závěr

Vitamin C je v dávce 200mg již dnes součástí doporučené multi-komponentní parenterální výživy. Ovšem uvedená dávka vitamínu C je podle aktuálních poznatků určena pro zdravého jedince k udržení některých fyziologických funkcí (tvorba kolagenu, syntéza katecholaminů, hydroxylace steroidů, tyrosinu a xenobiotik, biosyntéza karnitinu ad.). Tato fyziologická dávka nemá farmakologické účinky a prokazatelně nemůže v době nemoci zvrátit jeho deficit, pohybující se u onkologicky nemocných mnohdy téměř na úrovni skorbutu.

Pacient je vystaven oxidativnímu stresu, který je živnou půdou pro chronické zánětlivé reakce, významně přispívá ke vzniku nádorů, působí mutace DNA, poškozuje tkáň. Deficitní hladiny vitamínu C vedou zejména ke zhoršení funkcí imunitního, cévního a nervového systému, proto pacienti trpí nevolností, nechutenstvím, nespavostí, depresemi atd. V případě nerespektování této skutečnosti dochází ke zbytečnému snížení efektivity konvenční chemoterapie a radioterapie, deficit vitamínu C může velmi negativně ovlivnit onkologickou léčbu.

S využitím vitamínu C na úrovni nutriční intervence v rámci onkologické léčby není potřeba váhat, jelikož pro nasazení parenterální výživy u onkologických pacientů (v rámci protinádorové léčby) existují relevantní odborné argumenty. Ostatně zmíněné terapeutické využití v onkologii potvrzuje zájem, jenž o vitamin C projevují americké univerzity a další odborná pracoviště včetně Národního onkologického ústavu (National Cancer Institute, NCI), který spadá pod Národní zdravotní ústav (National Institutes of Health, NIH). Momentálně je s vitamínem C organizováno deset velkých klinických studií v oboru onkologie. V současné době probíhají v USA a jedna v Kodani (kde je zaznamenáno celosvětově největší výskyt karcinomu slinivky). Všechny jsou vztaženy do oblasti, kde selhává chemoterapie nebo kde je vhodná kombinace vitamínu C s chemoterapií. Studie využívají jeho parenterální podání v dávce cca 1,5g/kg tělesné hmotnosti s tím, že v této dávce vitamin C působí jako netoxické chemoterapeutikum.

Dvě studie jsou realizovány přímo pod NCI-NIH (Trial of High-Dose Ascorbate in Glioblastoma Multiforme + Clinical Trial of High-Dose Vitamin C for Advanced Pancreatic Cancer / PACMAN II). A je to právě tato nezávislá americká instituce vyzvala všechny zdravotníky světa, aby dali vitamínu C ve své klinické praxi šanci (*give C a chance*) a zapojili se do observační studie, kterou tvoří kazuistiky založené na důkazech (*best cases*). V Evropě je tato kazuistická studie organizována s léčivým přípravkem Vitamin C – Injektapas 7,5g (Pascoc, Německo), který byl nedávno zaregistrován SÚKL (jako koncentrát pro infuzi). Zájemci z řad lékařů, kteří chtějí své pacienty zařadit do této postregistrační observační studie, se mohou hlásit na kontaktech společnosti Edukafarm: e-mail: edukafarm@edukafarm.cz, tel.: 224 252 435, fax: 222 516 048. Bude jim dán k dispozici protokol a podmínky.

MUDr. Pavel Kostíuk, CSc.,
PharmDr. Lucie Kotlířová,
PharmDr. Zdeněk Procháčka, Edukafarm
MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.,
Farmakologické ústavy 2. a 3. LF UK v Praze

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

GYNEKOLOGIE

Systemová enzymoterapie jako součást léčby recidivujících vulvovaginálních kandidóz (5 let sledování)

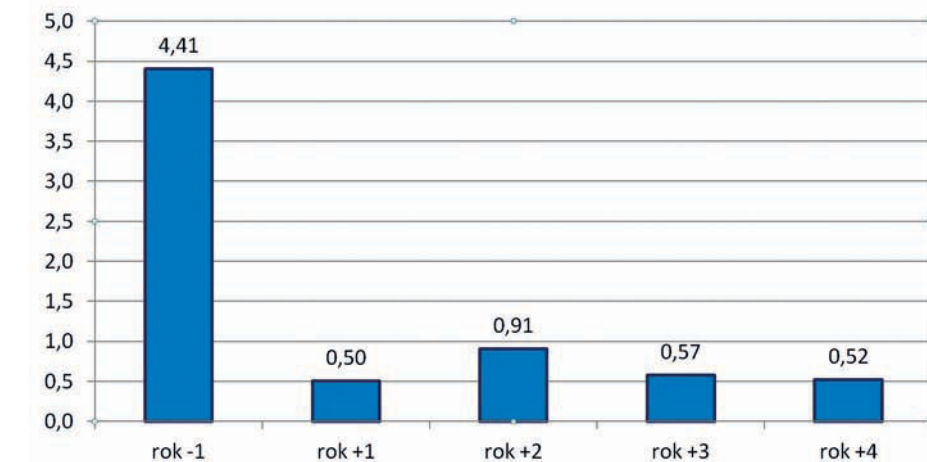
Vaginální mykóza (vulvovaginální kandidóza; VVK) patří k nečastějším problémům v ordinaci gynekologa. 75 % žen ve fertilním věku se s tímto nepříjemným zánětem zevního genitálu setká minimálně jednou v životě. Mnoho žen však trpí recidivující vulvovaginální kandidózou (RVVK) – prodělají 4 a více opakování VVK za rok.

Nejčastějším původcem je *Candida albicans*, v poslední době však přibývá onemocnění způsobených *non albicans* kmeny. Jsou známé rizikové faktory (těhotenství, *diabetes mellitus*, léčba antibiotiky nebo kortikoidy, hormonální léčba atd.), které se spojují se zvýšeným výskytem VVK, ale ve většině případů RVVK postihuje ženy jinak zdravé. Pro léčbu akutních VVK je k dispozici řada účinných antimykotik k lokální i systémové aplikaci, neřeší však problém častého opakování tohoto onemocnění.

Zajímavé sdělení k tomuto tématu přinesl časopis *Česká gynekologie* (2013; 2: 187–194). Doc. MUDr. Vít Unzeitig, CSC., a jeho spolupracovníci prezentují výsledky pětiletého sledování žen s RVVK, u kterých byl jako součást komplexní léčby použit lék pro systémovou enzymoterapii Wobenzym (WE).

I. fáze

V I. fázi tohoto projektu, který probíhal na 7 ambulantních gynekologických pracovištích, bylo sledováno 62 žen (průměrný věk 29,6 roku), které ve 12 měsících před zahájením léčby WE prodělaly 4–9 atak RVVK (průměr 4,4 VVK/pacientku/rok). Nejednalo se o VVK vznikající v souvislosti s léčbou ATB, diagnóza byla vždy potvrzena mikroskopicky nebo kulturačně. Ženy s rizikovými faktory pro výskyt RVVK (včetně těhotenství) nebyly do projektu zařazeny. Hormonální antikoncepci užívalo 69,4 % žen.



Graf – Průměrné počty atak RVVK/pacientku/rok v jednotlivých rocích I. a II fáze projektu (osa x = roky sledování; osa y = průměrný počet atak RVVK/pac./rok)

Ženy užívaly od počátku sledování WE v dávce 2x 8 tbl./den po dobu 10 týdnů. Při akutní atace RVVK byla ordinována antimykotická léčba podle zvyklostí jednotlivých pracovišť. Počet recidiv VVK ve 12 měsících předcházejících podávání WE (rok -1) byl porovnán s počtem atak VVK, které se vyskytly ve 12 měsících od počátku užívání WE (rok +1). Průměrný počet recidiv VVK před podáváním WE (4,4/pacientku/rok) v následujícím roce poklesl o 88,5% (na 0,5/pacientku/rok). Pokles počtu recidiv VVK byl statisticky vysoce významný ($p < 0,001$). Ke zlepšení došlo u všech žen, 63% pacientek nemělo ve sledovaném roce ani jednu recidivu VVK. Maximální počet – 3 ataky VVK – měly pouze 2 ženy (3,2 %). Příznivý efekt WE

přetrvával i po ukončení užívání, které trvalo pouze 10 týdnů. Přestože se základní lokální i systémové antimykotická léčba v jednotlivých centrech lišila, pokles počtu recidiv při podpurné léčbě WE byl téměř jednotný.

II. fáze

Ve II. fázi projektu byl uskutečněn retrospektivní sběr dat ze 3 let (roky +2, +3, +4) následujících po ukončení prvního projektu (roky -1, +1). Podařilo se dohledat kompletní data 54 žen (87,1% původního souboru), která byla statisticky zpracována. Velmi nízký průměrný počet recidiv VVK/pacientku/rok přetrvával i v letech po ukončení I. fáze projektu (rok +2: 0,91; rok +3: 0,57; rok +4: 0,52 VVK/pacientku/rok). Při porovnání s průměrným počtem v roce -1 (před podáváním WE – 4,4 VVK/pacientku/rok) zůstává rozdíl statisticky vysoce významný ($p < 0,001$).

Tyto výsledky jsou velice zajímavé i vzhledem k tomu, že ze souboru nebylo vyřazeno 13 žen, u kterých ve sledovaném období proběhlo těhotenství, jež obecně patří k rizikovým faktorům zvyšujícím výskyt VVK. U těchto žen se sice v průběhu gravidity objevilo navýšení počtu VVK, ale u žádné z nich nedošlo ke zhoršení oproti stavu v roce -1, před zahájením podávání WE.

Pro posouzení vlivu těhotenství na výskyt VVK ve sledovaném souboru bylo provedeno také vyhodnocení počtu a rozložení „těhotenských měsíců“ (součet měsíců všech těhotenství, která probíhala v daném roce). Nejvyšší počet byl zaznamenán v roce +2, což také odpovídalo nejvyššímu průměrnému počtu VVK/pacientku/rok (0,91) v celé hodnocené skupině 54 žen. Při izolovaném vyhodnocení 41 žen bez těhotenství jsou průměrné počty VVK ve sledovaném období ještě významně nižší (rok +2: 0,69; rok +3: 0,39; rok +4: 0,44 VVK/pacientku/rok).

Zlepšení oproti roku -1 (před podáváním WE) u všech 54 žen (včetně těhotných) v průběhu 3 let, jež zahrnoval retrospektivní sběr dat, trvalo a u žádné z nich nedošlo ke zhoršení; 14 žen (25,9%) nemělo ani jednu ataku VVK. Procento žen bez recidivy VVK v jednotlivých letech: rok -1: 0%; rok +1: 65,5%; rok +2: 43,1%; rok +3: 63,6%; rok +4: 57,4%.

Diskuse a závěr

V souhrnu lze tedy říci, že zařazení 10 týdnů trvajícího podávání WE do komplexní léčby žen s RVVK statisticky významně snížilo počet atak VVK nejen po dobu celého jednoho roku, ve kterém byl podáván, ale toto zlepšení přetrvávalo po dobu dalších 3 let.

Autoři v diskusi zvažují různé mechanismy působení systémové enzymoterapie, které by mohly tento překvapivý efekt Wobenzymu vysvětlit. Je známé její imunomodulační působení, byl prokázán vliv na složky vrožené i adaptivní imunity – například na aktivaci makrofágů a NK buněk, na stimulaci tvorby některých cytokinů či na proces fagocytózy.

Studie z praxe prokázala pozitivní efekt Wobenzymu u dětí s recidivujícími záněty dýchacích cest. Podávání Wobenzymu snížilo počet zánětů a související spotřebu antibiotik více než bakteriální imunomodulátory.

Někteří autoři zvažují jako příčinu RVVK alergii. V souvislosti s tím jsou zajímavé zkušenosti z poslední doby, které prokazují vliv WE na alergický zánět u astmatiků prokazovaný měřením hodnot kyslíčnicku dusnatého ve vydechaném vzduchu (FE_{NO}).

Při vysvětlení efektu WE u RVVK je možné uvažovat nejen o vlivu na hostitelský organismus a změnu jeho reakce na kvasinku vyvolávající zánět, ale patrně by bylo vhodné ověřit, zda nedochází i k ovlivnění vlastností samotného mikroorganismu. Pro patogenní působení *C. albicans* jsou podstatné faktory virulence – schopnost adherence, tvorba vláknité formy produkce hydrolytických enzymů a tvorba biofilmu. Adherence kvasinek k hostitelským buňkám je předpokladem tvorby vláknité formy (hyf), která je schopna tkáňové invaze. V tomto procesu by se mohla uplatnit dříve prokázaná schopnost exogenních proteáz obsažených ve WE potlačovat expresi určitých adhezivních molekul na povrchu buněk.

Nabízí se ještě řada dalších hypotetických úvah, kterými by bylo možné vysvětlovat pozitivní vliv WE u žen trpících tímto onemocněním. RVVK sice není považována za závažné onemocnění, ale může významně zhoršovat kvalitu života a partnerského vztahu. Náklady na léčbu jednotlivých atak také nejsou zanedbatelné. Proto by ověření efektu WE u RVVK zasluhovalo další výzkum.

preparace podle: Unzeitig V et al.: Systémová enzymoterapie v léčbě recidivující vulvovaginální kandidózy. *Čes Gynek* 2013; 78(2): 187–194.



Candida albicans. | Foto: drmanso.com

Hollywoodská mastektomie

V poslední době se odehrály dvě události, které se významně promítly do života žen a zároveň patrně i do práce ambulantních gynekologů. Tou první byla přednedávnm zveřejněná informace přicházející z Francie, kde byla zakázána hormonální antikoncepce Diane 35 kvůli několika úmrtím především mladých dívek. Druhou zprávou, jež rozvířila mediální vody, pak byl preventivní zákrok, který podstoupila herečka Angelina Jolie.

Položili jsme několik souvisejících otázek ambulantnímu gynekologovi a reviznímu lékaři **MUDr. Ludku Fialovi**.



Mají se Češky bát, když užívají hormonální antikoncepci?

Podle Českého statistického úřadu užívalo v České republice v roce 2011 antikoncepci nejrůznějších značek celkem více než milion žen a přípravek Diane 35 má u nás podle zástupkyně firmy Bayer předepsáno více než 10 tisíc žen. Vycházíme-li z informací, které poskytla Francie, za posledních 25 let byly v souvislosti s užíváním této antikoncepce evidovány problémy u 125 žen. Šlo převážně o trombozy. Čtyři pacientky v souvislosti s tímto přípravkem zemřely, u dalších tří zemřelých se souvislost s užíváním nedala jednoznačně prokázat.

Mám-li tedy říci, zda se Češky mají bát, či ne, odpověď možná bude znít trochu šalamounsky: Ano i ne. Je určité na místě, aby si ženy uvědomily, že užívání hormonální antikoncepce může kromě výhod a pozitivních účinků (ochrana před početím, úprava cyklu, odstranění bolestivé menstruace...) přinést i možné zdravotní komplikace. Toho by si žena měla být vědoma,

když k lékaři přichází, aby posoudil, zda pro ni hormonální antikoncepce vhodná je, či nikoli.

Co bývá hlavními důvody, pro které gynekolog ženě hormonální antikoncepci nedoporučí, nebo dokonce zakáže?

Tak jako jiné léky i hormonální antikoncepce má své absolutní a relativní kontraindikace, tedy okolnosti, za kterých by žena léky v žádném případě neměla užívat, respektive je může užívat s omezeními. Měla by si být vědoma právě možných komplikací, či dokonce ohrožení života.

Absolutní kontraindikací je určitě tromboembolická nemoc (TEN), případně ischemická choroba srdeční (ICHS), dále pak závažná onemocnění jater, dlouhodobá imobilizace (například po náročné operaci nebo úrazu), ale jsou i důvody další. Hlavní a nejčastější uváděnou relativní kontraindikací je kouření.

Pozoroval jste po zákazu užívání léku Diane 35 ve Francii nějakou reakci u pacientek?

Zcela určitě ano. Řada žen se přišla zeptat, zda již neberou antikoncepci příliš dlouho, zda by neměly přerušit léčbu, případně co mohou udělat pro to, aby zjistily, že jim nehrozí zvýšené riziko zdravotních komplikací. Některé pacientky dokonce užívání antikoncepce ukončily.

Existuje možnost, jak se žena může nechat vyšetřit, aby předešla případným komplikacím?

Ano, existuje. Řešením je genetické vyšetření, které se zaměřuje na poruchy srážlivosti. Proces srážení krve, při němž se uplatňují různé látky včetně enzymů a který právě kombinovaná hormonální antikoncepce může za určitých okolností ovlivnit, je řízen skupinou specifických genů. Ve dvou z těchto genů se pak mohou vyskytnout relativně časté mutace (odchylky), které zvyšují pravděpodobnost vzniku tromboz a tromboembolií. Za prvé se jedná o mutaci G20210A u protrombinového genu pro faktor II a za druhé o G1691A pro takzvanou leidenovou mutaci v genu pro faktor V. Je samozřejmě na genetikovi, aby dále určil, zda jde o formu hetero-, či homozygotní (a tím i procento pravděpodobnosti výskytu), ale je třeba také posoudit další rizikové faktory, jako je obezita, výskyt diabetu, kouření či sedavý způsob zaměstnání.

Druhou událostí těchto dní je rozhodnutí populární americké herečky Angeliny Jolie, která šokovala svět sdělením, že si nechala dobrovolně odstranit obě prsní žlázy, aby tak minimalizovala riziko rakoviny. Neříká, že tím vším také obava z vlivu právě již zmíněné hormonální antikoncepce?

Tady jde v zásadě o dvě různé věci. Existují určité nádory (a patří sem zcela jistě například některé nádory prsu), jež jsou hormonálně dependentní. Tyto typy nádorů prsu ve svých buňkách obsahují speciální bílkoviny – receptory, které na

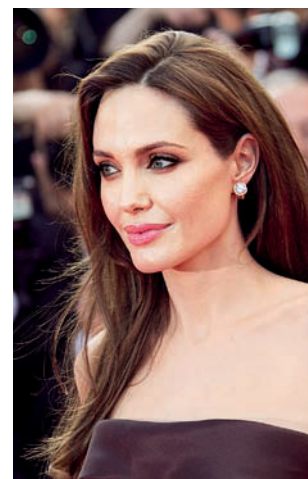
sebe váží estrogeny, progesteron nebo obojí, kvůli tomu pak dochází k růstu a dělení dalších buněk. Test na přítomnost těchto receptorů je používán v diagnostice jako ukazatel prognózy a slouží také k rozhodnutí o další orientaci při terapii pacientek s primární či recidivující rakovinou prsu.

U herečky Angeliny Jolie jde o hereditární onemocnění (alespoň podle toho, co bylo uvedeno v médiích). Jde o mutaci genů BRCA1 a BRCA2, které jsou zodpovědné za vrozené onemocnění karcinomem prsu a vaječníků, a to tak, že v 70 % případů se podílí BRCA1 a ve 20 % BRCA2.

Pracujete nejen jako ambulantní gynekolog, ale také jako revizní lékař Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR. Setkáváte se často s požadavkem na genetické vyšetření?

Musím říci, že čím dál častěji. Nejen v ordinaci, ale jsem také dotazován v souvislosti s řešením některých požadavků na vyšetření v rámci zdravotní pojišťovny, a to právě při užívání hormonální antikoncepce. A teď možná přibude i dotazů na vyšetření kvůli rakovině prsu.

Určité patří mezi lékaře, kteří – pokud je jednoznačná indikace ke genetickému vyšetření – na ně pacientky posílají. Mám tím na mysli vyšetření, které je hrazeno v rámci zdravotního pojištění. Jsou samozřejmě také pacientky, které jsou ochotny si vyšetření zaplatit samy, protože částka zase tak vysoká není.



Angelina Jolie. | Foto: Shutterstock

U vyšetření prsů je to jiné. Nevím jak ostatní kolegové, ale já mám pocit, že i standardní vyšetření se občas stává problémem. Řada pracovišť po ženách požaduje úhradu za ultrazvukové či mamografické vyšetření i tehdy, když je pro něj jednoznačná indikace, a to se mi samozřejmě nelíbí. Jsem přesvědčen o tom, že když lékař pošle pacientku s nálezem, mělo by být vyšetření uhrazeno v rámci zdravotního pojištění.

A genetické vyšetření u rakoviny prsu?

Genetické vyšetření, tak abychom prokázali hereditární onemocnění karcinomu prsu nebo vaječniku, případně kolorektálního karcinomu, který do této skupiny také patří, má být jednoznačně indikováno a měla by mu předcházet podrobná konzultace s genetikem. Vedle toho samozřejmě perfektní odběr anamnézy, případně další zpřesňující indikace, jako je výskyt karcinomu prsu nebo vaječniku diagnostikovaný do 35 let věku pacientky nebo duplicita obou karcinomů. Určitě se ale brzy dočkáme toho, že se v rámci prevence objeví některá další genetická vyšetření a tím se praktická medicína posune zase o krok kupředu. **Markéta Milkšová**

Inzerce A131002437

KVALITA
SPOLEHLIVOST
PARTNERSTVÍ



EGIS Biologicals

ONKOLOGIE

Kvalita života onkologických pacientů

- umíme vždy pomáhat?

29. května 1. lékařská fakulta UK uspořádala tiskovou konferenci o problematice kvality života onkologických pacientů. O některých jeho aspektech z hlediska klinického onkologa hovořila doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Paradox klinické onkologie

Podle údajů České onkologické společnosti ČLS JEP ročně v ČR onemocní rakovinou na 77 tisíc lidí a celkový počet nemocných přesahuje 400 tisíc. Rozdíl mezi incidencí a mortalitou narůstá, ale i tak zbývá mnoho nemocných, které ani s pomocí nejmodernějších metod není možné vyléčit. Na významu tak nabývá péče, jež jim dokáže žít s nemocí usnadnit. Nedílnou součástí péče o onkologicky nemocné je vedle léčby základního onemocnění a souvisejících komplikací psychologická podpora. Bohužel jen na některých onkologických pracovištích je pomoc psychologa dostupná.

Trpkost vzbuzuje i fakt, že v loňském roce se na 1. LF UK nenašel žádný absolvent, který by se chtěl věnovat onkologii. Podle názoru docentky Tesařové je jedním z důvodů paradoxu klinické onkologie, totiž že polovinu pacientů neumí vyléčit. „Všichni směřují na studium medicíny především proto, aby uzdravovali. Pocit, že tady existuje poloviční bezmoc, kterou onkologové musejí předem deklarovat, je

pro absolventy lékařských fakult špatně akceptovatelný. Nicméně i pro pacienty, které neumíme vyléčit, můžeme mnohé udělat. To, co ověřují klinické studie, je většinou délka přežití nebo délka doby do progresu nemoci. Exaktní údaje určují, jestli ten nebo onen léčebný prostředek je účinný více nebo méně. Ale modalitu kvality života ověřujeme velmi obtížně, protože je subjektivní a nemusí být úměrná celkovému stavu pacienta,“ zdůraznila Petra Tesařová.

Čeho se vlastně bojíme?

Zkušenosti i očekávání onkologických pacientů v závěru života přiblížila Mgr. Jana Drexlerová, která sama žije s rakovinou již 14 let. Stojí v čele sdružení Mamma HELP, organizace, v níž si vzájemně pomáhají ženy, které prodělaly nebo právě prodělávají rakovinu prsu. Téma kvality života onkologicky nemocných se jí tedy dotýká absolutně.

Až na dřevň jdou i její následující otázky a odpovědi, které si na ně dala: „Čeho se bojíme? V první fázi, kdy k nemoci přicházíme, se bojíme smrti. Všichni. Ve druhé i jako laici pochopíme, že se prav-

děpodobně nevyлéčíme, a bojíme se bolesti, ale také osamělosti a sociálního vyloučení. Čekáme na odpověď a oporu od svého okolí, zároveň se bojíme závislosti na něm a své nesoběstačnosti. To bývá spojeno s neschopností pomoc přijmout, jsme celí bolaví z toho, že ji přijmout máme či musíme. Strach se týká i ztráty intimity a lidské důstojnosti. I když lidé, kteří nás v nemocnicích ošetřují, jsou úžasní, tohle neseme velmi těžce. Pak už se nebojíme ani tak smrti jako umírání. Tenhle strach mají i sociálně velmi zralí lidé, kteří vědí, co přijde,“ shrnula Jana Drexlerová.

Naděje i ve smíření

Sama se jako pacientka také snažila přijít na to, co by těžce nemocní lidé mohli udělat, aby si to všechno alespoň trochu usnadnili. „Ne vždy se chceme ptát, ale já si stojím za tím, že informovaný pacient to má snazší. Je to i otázka osobní statečnosti, více se o své nemoci dozvídat. Musí se naučit zacházet s tím, co se dozví o možnostech léčby i o tom, co ho případně čeká. Informovanost otevírá větší manévrovací prostor. Rozhodně je dobré využít dostup-



Jana Drexlerová a docentka Petra Tesařová. | Foto: Petr Heřman

nou léčbu a já jsem šťastná, že se stále objevují nové a nové léky, které zvyšují jak pravděpodobnost vyléčení, tak i kvalitu života v době, kdy už kurativa není možná. Důležité je naučit se již na začátku onemocněni komunikovat se svým okolím, je to velký bonus v pozdějším stadiu nemoci, aby potom člověk nezůstal sám. Neuzavřít se před světem, nestydět se za svou bezmocnost, naučit se přijmout pomoc bez pocitu ponížení – to všechno je strašně těžké. Všichni jsme do určité chvíle osobnosti, která něco dokázala a v něco věří, za něco se považuje... A najednou dojde ke ztrátě většiny znaků toho, čím jsme.“

Až na to přijde...

S nutností přizpůsobit se natolik obtížné situaci se potýká každý a výsledek záleží nejen na povaze nemocného, ale i jeho „spoluhráčích“. Jedním z těch zásadních je samozřejmě lékař. „Záleží na tom, aby lékař mluvil otevřeně a pacienta nenechával v bláhových iluzích, i když naděje je vždy potřebná. Když se dostanu přes tato úskalí a přizpůsobím se svým současným možnostem, které možná budou menší a menší, a dokážu přijmout život v těch podmínkách, které teď mám, abych byla šťastná, je to docela velký dar. Naděje bych si chtěla uchovat, jak to nejdéle půjde, asi ne na vyléčení, ale na to, že tady ještě nějakou chvíli mohu být pro sebe a pro své blízké a že si mohu něco přát. I když člověk dojde k určitému smíření, ta malá naděje tam pořád je. Po tom, co jsem s řadou svých kamará-

dek absolvovala jejich strastiplnou pouť až do konce a jak jsem si to srovnala v hlavě, bych v této situaci určitě chtěla mít možnost léčby, která by mi život aspoň trochu prodloužila. Přála bych si mít lékaře, který mi na férovku řekne, jak to se mnou bude, a akceptuje mé rozhodnutí, co chci a co ne. A až na to přijde, chci mít možnost adekvátní paliativní péče,“ připouští pacientka, která už prožila několik relapsů onkologického onemocnění.

Co chybí nejvíc?

Podle zkušeností z Mamma HELP je problémem, že se někteří lékaři vyhýbají otevřeným rozhovorům s pacienty s pokročilou nemocí. Jana Drexlerová se domnívá, že to je u lékařů otázka erudice a osobní zkušenosti i vlastního přístupu k onkologickému onemocnění, ale též míry, v jaké si dokáže připustit myšlenku na vlastní smrtelnost, aby byl schopen s člověkem, který to potřebuje, o smrti otevřeně hovořit.

Kriticky vidí skutečnost, že ve většině zdravotnických zařízení, kam onkologičtí pacienti přicházejí, chybí odborná psychologická pomoc a podpora. Není také dostatečná informovanost o možnostech hospicové péče, panují o ní předsudky. Nedostatečná informovanost, a to i mezi lékaři, je o možnostech léčby bolesti. Přímo katastrofální je stav vyřizování sociální pomoci, kdy není žádnou výjimkou, že příspěvky na péči jsou schváleny až po smrti pacienta a přednostní vyřízení případů nemají ani žádosti hospiců.

Jana Jilková

Důkazy o nejstarším nádoru jsou staré 120 tisíc let

Vědcům se podařilo na 120 tisíc let starých kosterních pozůstatcích pocházejících z Chorvatska odhalit známky nádoru. Jedná se o nejstarší doložené onemocnění tohoto typu na světě.

V archeologických nálezích z pravěkého období jsou nádory odhalovány poměrně vzácně – důkazy o tumorech ve tkáních se v drtivé většině nezachovávají. Nejnovější objev antropologů z Kansaské univerzity však ukázal v kosti žebra neandrtálců, jehož ostatky byly objeveny v Chorvatsku asi před sto lety, důkazy o fibrózní dysplazii.

Stejně choroby jako dnes

„Máme důkaz, že i neandrtálci trpěli tumory a mohli onemocnět stejnými chorobami, s nimiž se potýká moderní lidstvo. Před naším obje-

vem byl nejstarším nádorem tumor objevený u egyptské mumie,“ říká antropolog David Frayer z Kansaské univerzity.

30milimetrový úlomek žebra byl odkryt mezi lety 1899 a 1905 v severochorvatské jeskyni Krapina společně s pozůstatky dalších cca 900 neandrtálců. V 80. letech minulého století byly všechny tyto kosterní pozůstatky zrentgenovány a publikovány – výjimkou byl však právě onen úlomek žebra, jehož snímek byl velmi nekvalitní. Teprve nyní, s použitím kvalitních přístrojů, se podařilo kost znovu prozkoumat. Vědci zjistili, že obsahovala 18 mi-

limetrů dlouhou a 7,6 mm širokou dutinu. S pomocí dalších přístrojů byly nalezeny důkazy, že tento otvor skrýval benigní nádor.

Dědictví neandrtálců

Až donedávna si vědci byli jistí, že na vývoj *Homo sapiens* neměli neandrtálci žádný vliv. Současné testy DNA však ukazují něco jiného. „Máme k dispozici segmenty nukleární DNA neandrtálců a je jasné, že nám předali některé unikátní geny. Jedná se o přibližně o 4 procenta našeho genetického základu,“ uzavírá David Frayer.

(Zdroj: Medical News Today)

(kha)

1. ostravské urologicko- -neurologické sympozium

Sekce neurourologie, urodynamiky a urogynekologie při České urologické společnosti ČLS JEP uspořádala ve dnech 23. a 24. května 1. ostravské urologicko-neurologické sympozium, které se konalo v hotelu Park Inn v Ostravě. Tématem setkání byla problematika neurourologie.

„Cílem sympozia bylo iniciovat širší mezioborovou spolupráci mezi urology a neurology, podobně jako tomu je například mezi urology a gynekology na poli gynekologické urologie,“ objasňuje zrod akce primář urologického oddělení Fakultní nemocnice Ostrava doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D., který stál v čele příprav sympozia.

Akce byla rozdělena do několika samostatných bloků, v nichž se konkrétním tématům věnovali urologové a neurologové z 1. lékařské fakulty v Ostravě, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Thomayerovy nemocnice, Fakultní nemocnice Motol, Lékařské fakulty UP a Fakultní nemocnice Olomouc, Úrazové nemocnice Brno a Krajské nemocnice Liberec. Prostor dostala problematika roztroušené sklerózy, Parkinsonovy choroby, cévních mozkových příhod, stenóz páteřního kanálu, herniací intervertebrálních disků a periferních neuropatií.



Během celého sympozia probíhala živá diskuse. | Foto: FN Ostrava

Pacient ve vzduchoprázdnu

„V této chvíli se urolog stará o své pacienty a neurolog zase o své. Smyslem sympozia bylo zahájit diskusi o tom, jak lze pomoci pacientům s neurologickými chorobami, kteří se potýkají s neurogení dysfunkcí dolních cest močových. Oblast neurourologie je průsečíkem odborného zájmu nejen urologů a neurologů, ale i dalších odborností. I když se tento podbor u nás velmi dynamicky rozvíjí, určitě nemůžeme říci, že urologická péče o pacienty s neurologickými chorobami je optimální. Zatím se totiž bohužel ještě mnohdy stává, že pacient s neurogení poruchou močového měchýře přijde k urologovi, který jej však odkáže na neurologa. A ten, když slyší o potížích s močovým měchýřem, pošle pacienta k urologovi. Nemocný se tak ocitá v jakémsi vzduchoprázdnu a neví, na koho se má obrátit. Proto jsme chtěli oběma odbornostem umožnit podívat se na danou problematiku očima druhé strany,“ dodává urolog.

Urologické symptomy RS

První blok, zaměřený na roztroušenou sklerózu, otevřela vedoucí Centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění Neurologické kliniky LF OU a FN Ostrava MUDr. Olga Zapletalová. Toto centrum je zaměřeno především na diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy mozkomíšní



MUDr. Olga Zapletalová přednáší o mezioborových souvislostech komplikací RS. | Foto: FN Ostrava

a po 16 letech činnosti je jedním z nejprestižnějších a nejúspěšnějších pracovišť svého druhu nejen v tuzemsku, ale i v zahraničí.

„Roztroušenou sklerózu provází různé komplikace, mnohé z nich jsou mezioborové. Právě potíže urologického charakteru patří k velmi častým průvodním jevům, mnohdy jsou prvním projevem roztroušené sklerózy nebo jejím jediným příznakem. Některé poruchy vedou k inkontinenci, jiné k retenci moči. Proto je spolupráce nás, neurologů, s urology velmi nutná – potřebujeme, aby urolog pacienta podrobně vyšetřil, určil typ postižení a vedl léčbu z urologického hlediska,“ konstatuje MUDr. Zapletalová.

„Je symbolické, že sympozium vzniklo v Ostravě a že se na jednotlivých přednáškách velkou měrou podíleli urologové a neurologové z Fakultní nemocnice Ostrava. Právě zde je totiž spolupráce obou oborů již dlouhou dobu vynikající, odborníci uro-

logického oddělení se podílejí na seminářích organizovaných naší klinikou, případně přednášejí našim zaměstnancům nebo pacientům, ruku v ruce se podílíme i na sběru a vyhodnocování dat a společně také publikujeme výsledky naší spolupráce,“ dodává neuroložka.

10–15 % populace

Neurogení dysfunkce dolních cest močových v současné době zásadně ovlivňuje kvalitu života milionů lidí na celém světě, noví pacienti neustále přibývají. „Tento problém se netýká jen velmi úzké a specifické skupiny lidí, ale zhruba 10 až 15 procent populace,“ zdůrazňuje docent Krhut. „Rozhodně nelze ztotožnit pojem neurogení měchýř s problematikou traumatického postižení míchy. Je třeba si uvědomit, kolik lidí je po cévních mozkových příhodách, kolik jich je léčeno v souvislosti s Parkinsonovou chorobou nebo roztroušenou sklerózou, kolika lidí se týká demence či pokles mozkové kapacity a schopnosti v důsledku stárnutí. My se nyní snažíme na jejich potíže dívat ze širšího úhlu pohledu a přispět k tomu, aby onemocnění pacienta bylo řešeno komplexně, tedy ve spolupráci s neurologem.“

Vystoupit ze sociální izolace

Spolupráce neurologů a urologů může také významně přispět ke



Docent Jan Krhut. | Foto: FN Ostrava

zlepšení kvality života pacientů například s roztroušenou sklerózou nebo Parkinsonovou chorobou. „Prováděné studie ukazují, že být se tito pacienti kvůli svému neurologickému onemocnění potýkají s nejrůznějšími obtížemi spojenými s omezením hybnosti, zhoršením vidění a dalšími příznaky, jež nemoc provázejí, symptomy spojené s neurogení dysfunkcí dolních cest močových označují jako problém, který je obtěžuje nejvíce a navíc mnohdy vede k jejich společenské izolaci. I proto chceme ve spolupráci s neurology nabídnout těmto pacientům smysluplnou léčbu, která by je urologických problémů buď úplně zbavila, nebo jim alespoň umožnila vystoupit ze sociální izolace,“ pokračuje docent Krhut, jehož oddělení má s funkční urologií, tedy s diagnostikou a léčbou dysfunkcí dolních močových cest, rozsáhlé zkušenosti.

„Spolupráce s neurologem má na našem pracovišti dlouhou tradici a je na velmi dobré úrovni. I proto jsme se chtěli o naše zkušenosti a poznatky rozdělit s ostatními kolegy, což bylo podnětem ke zorganizování prvního ročníku urologicko-neurologického sympozia v Ostravě. Myslím, že přineslo mnoho zajímavých myšlenek a příznivý ohlas, který jej provázel, naznačuje, že má smysl v podobných setkáních pokračovat i do budoucna,“ uzavírá primář ostravské urologie.

Lenka Gulašiová

Spasmed® 30 mg
trospii chloridum

Spasmed® 15
trospii chloridum

PUBLIC RELATIONS

E-learning v medicíně a jeho využití

Kontinuální vzdělávání je v současné době povinností každého lékaře i nelékařského zdravotnického pracovníka (NLZP). Dnes existuje několik cest jak tuto povinnost formálně i fakticky naplnit.

Tradičně se pracovníci ve zdravotnictví účastní odborných seminářů, konferencí a kongresů, a to jak doma, tak v zahraničí. Přes nepopíratelné výhody těchto akcí, kdy dochází k setkávání s osobnostmi z oboru, odborným diskusím a navazování pracovních kontaktů, může být aktivní účast na odborných akcích pro mnohé zájemce problematická. Důvody mohou být jak finanční (krácení rozpočtů ve zdravotnických zařízeních), tak časové (nezastupitelnost na pracovišti apod.) Navíc ne vždy přináší takováto účast kýžený efekt v podobě aplikací získaných vědomostí do praxe. Chybí totiž kontrola nad tím, co se vlastně účastník na semináři dozvěděl. Zpětná vazba mezi pracovištěm, které posluchače na akci vyslalo, a účastníkem tak nemusí být vždy dostatečná.

Výhody e-learningu

Naopak elektronické vzdělávání (*e-learning*) tyto nedostatky překonává, a to hned v několika ohledech:

1. Posluchač je aktivním účastníkem vzdělávacího procesu: Pokud tomu tak není, nedostane formální potvrzení o účasti v e-learningovém kurzu (certifikát). Jeho vydání je obvykle vázáno na vyplnění kontrolního testu, kterému předchází vlastní práce se studijním materiálem.

2. Individualizace: Na rozdíl od posluchače na semináři či konferenci účastník e-learningu nezůstává anonymním jedincem. Naopak, dostane individualizovanou zpětnou vazbu, která ověří, zda si znalosti osvojil a kde má ještě rezervy, co je třeba ještě nastudovat.

3. Časová flexibilita: E-learningové kurzy jsou přístupné 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu. Uživateli proto nemusí přizpůsobovat svůj rozvrh konkrétní akci, ale *e-learning* se přizpůsobí jeho časovým možnostem a potřebám. Navíc ušetří čas a peníze, které by musel investovat do cesty na odbornou akci.

Zaostřeno na laboratorní medicínu

Vzhledem k současným technologickým možnostem (videozáznam, prezentace s mluveným komentářem, interaktivní animace aj.) je *e-learning* otevřený všem lékařským i nelékařským oborům. Delší tradici má například v laboratorní medicíně. Zde je vzorovým e-learningovým portálem **CEVA – Centrum edukace a výzkumu Abbott** (www.ceva-edu.cz), který vznikl již v roce 2008. Posláním portálu CEVA je šíření kvalitních a nezávislých informací z oblasti laboratorní medicíny. Jde o společný projekt Lékařské fakulty UK v Plzni, Klatovské nemocnice, a. s., a diagnostické divize firmy Abbott Laboratories.

Portál, primárně určený odborníkům a pracovníkům v laboratorní medicíně, nachází uživatele jak v lékařích všech odborností a bioanalyticích, tak také v laborantech a všeobecných sestřích.



Je tedy zaměřen na postgraduální vzdělávání, mnohá témata jsou však vhodná i pro studenty medicíny či posluchače oborů spřízněných s laboratorní medicínou. Náplně portálu CEVA je měření, indikace a klinické interpretace laboratorních výsledků v celé šíři (nejde tedy jen o klinickou biochemii, ale zastoupeny jsou např. také hematologie, sérologie, imunologie, přičemž je diskutován jejich dopad do klinické praxe interních a dalších oborů).

Tři okruhy aktivit

Projekt CEVA láká posluchače na tři základní okruhy aktivit:

1. Aktuality z laboratorní medicíny: Návštěvníci se mohou každý týden těšit na nový odborný příspěvek na aktuální téma (např. stručný komentář k odbornému doporučení, přehledný edukační

materiál, nahrávka prezentace z konference, kazuistika aj.).

2. Kreditní kurzy: CEVA nabízí stále se rozrůstající paletu vzdělávacích kurzů oceněných kredity celoživotního vzdělávání interaktivní e-learningovou formou, a to pro středoškolský personál i pro vysokoškolské včetně lékařů.

3. Videokonference: Posluchačům přibližují zásadní aktuální témata z oboru cestou živého vystoupení špičkových odborníků, přičemž umožňují přímou diskusi posluchačů s přednášejícími na dané téma formou chatu.

CEVA je dobrým příkladem úspěšné spolupráce komerční sféry (Abbott Laboratories) a akademického světa (Univerzita Karlova, Lékařská fakulta UK v Plzni), přičemž externí spolupracovníky projektu jsou odborníci z řady dalších pracovišť z celé České republiky.

Inzerce A131005440

Lázně Aurora
Tel.: +420 384 750 555
E-mail: sales@aurora.cz
www.aurora.cz

Bertiny lázně
Tel.: +420 384 754 555
E-mail: sales@berta.cz
www.berta.cz

LÁZNĚ AURORA
LÁZEŇSKÁ SPOLEČNOST ROKU 2011

MĚSTO TŘEBOŇ
LÁZEŇSKÉ MÍSTO ČR 2011

Telemedicína v historii – 3. díl

Elektronizované a informatizované zdravotnictví (neboli eHealth) je pojem, který se ani tolik nemusí týkat zdravotníků. Jde o termín používaný hlavně v koncepci zdravotnictví a zahrnuje aplikace z řady dalších oblastí: organizace a logistika, veřejná správa, informační a telekomunikační technologie. Součástí eHealth je také telemedicína, která se už konkrétním medicínským oborem stala.

Základy v armádě a námořnictvu

V našem seriálu za sebou máme slovníček pojmů z oboru eHealth i telemedicíny. Minule jsem připomněl historické mezníky elektronizovaného zdravotnictví, které se na medicínské scéně objevilo poprvé v roce 1999. eHealth postupně pod svá křídla pohltilo i telemedicínu, jež má kořeny mnohem hlubší.

Dálková komunikace mezi pacientem a lékařem se objevila už dávno před nástupem počítačů. K počátkům telemedicíny bývají řazeny i situace, kdy například člen rodiny došel k lékaři či léčiteli, popsal mu nemoc a přinesl od něj lék nebo popis léčebného procesu. To nepotřebovalo žádnou technologii, stačila lidská síla a přenos informací mohl být písemný nebo slovní.

Systém posluš byl velmi často využíván v armádě, protože ta se nezdívala mimo oblast snadno dostupné lékařské péče. Obdobná situace je i v námořnictvu. V něm je už od dob starověkého Řecka využíván systém vlajkových signálů. Vlajky mohou vyjadřovat jednotlivá písmena. Taková komunikace je velmi zdlouhavá, proto existují vlajky, které mají dopředu sjednaný mezinárodní význam (např. vlajka *Žádám lékařskou pomoc* či vlajka s významem *Mám na palubě lékaře*, případně často používaná *Všichni na palubě zdraví, žádám o povolení k přistání či průjezdu*).

Bez drátů, milý Marconi...

Světová zdravotnická organizace (WHO) zdůrazňuje v definici telemedicíny elektronickou komunikaci a přenos informací pomocí telekomunikačních technologií. Podle takové definice lze za telemedicínu označovat ty aplikace, které vznikly po Marconim. Marcese Guglielmo Marconi až v roce 1901 poslal první zprávu morseovkou přes Atlantický oceán. Při psaní se mi vybavuje rada Járy Cimrmana z filmu „Jára Cimrman, ležící, spící“: „Zkuste to bez drátů, milý Marconi!“ V Evropě byly telemedicínské počátky posunuty až do 30. let minulého století a také byly vy-

užívány nejprve v námořnictvu. Dodnes například běží systém C.I.R.M. (Centro Internazionale Radio Medico) založený italským profesorem Guidem Guidou. Funguje jako bezplatná medicínská rádiová asistence pro posádky všech lodí bez ohledu na to, pod jakou vlajkou plují. Nepřetržitě udržují kontakt mezi lékařem a lodí, jejíž posádka potřebuje rádiovou medicínskou pomoc. Tato komunikace probíhá až do příplutí lodí do přístavu a předání pacienta do odborné péče, případně až do úplného uzdravení pacienta na lodi.

Učebnicové příklady z Austrálie

Prvopočátky rádiové telemedicíny mají pochopitelně své hlavní kořeny v Austrálii, kontinentu s velikými vzdálenostmi mezi jednotlivými sídly. Jako učebnicový příklad rádiového bezdrátového spojení bývají



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

uváděny morseovkou zasílané pokyny lékaře J. J. Hollanda, který telegraficky z australského Perthu instruoval poštmistra Tucketta do 2900 kilometrů vzdáleného městečka Halls Creek. Ten podle jeho pokynů ošetřoval vážně poraněného chovatele, který utrpěl úraz při pádu z koně. Záznam této události z roku 1917 je uložen ve Zdravotním vojenském a veteránském centru v Brisbane v Austrálii.

Jiným australským historicky významným počinem bylo využití pedálem poháněné vysílačky pro spojení s Královským leteckým lékařským servisem (Royal Flying Doctor Service) v roce 1929. Vynálezce, inženýr komunikací Alfred Traeger, umístil základní radiostanici do letadla této společnosti a v různých vzdálených oblastech instaloval svůj vynález, pedálem poháněné radiostanice,

a vyučoval jejich obsluhu komunikací prostřednictvím Morseovy abecedy. Nebyla zkratka všude elektrina, jako je tomu dnes.

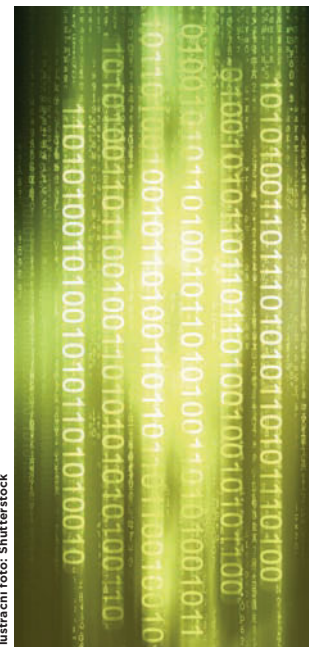
Telefon a telemedicína

Už v roce 1905 vedl nizozemský fyziolog, pozdější nositel Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu profesor Willem Einthoven pokusy s přenosem EKG na vzdálenost 1,5 km z nemocnice do své laboratoře telefonním kabelem. Je dochován telekardiogram zdravého a statného muže ze 22. března téhož roku, na kterém jsou patrné změny, jež byly přisouzeny jeho přebíhání mezi laboratoří a nemocnicí při porovnávání dálkového a laboratorního EKG.

V každodenní praxi telefon umožňoval – zpočátku jednotlivcům – volat lékaře či nemocnici. Až později docházelo k praktickým přenosům EKG přes telefonní linky. Omezené frekvenční pásmo „drátových“ telefonů (300–3400 Hz) a značná míra rušení a šumů však použití analogové telefonie pro telemedicínské použití omezovaly. K pokroku dochází až s rozvojem telefonů mobilních, jež využívají digitální přenos.

Futuristické vize minulosti

Spíše jako zajímavou poznámku než skutečný milník v historii telemedicíny uvádím titulní stránku amerického časopisu *Radio News* z dubna roku 1924. Byl zde uveřejněn obrázek, na kterém nemocný chlapec komunikuje na dálku s lékařem prostřednictvím TV obrazovky. Z dnešního moderního pohledu jde o videokonferenci s dálkovým stetoskopem a pravděpodobně i tiskárnou, prostřednictvím které malý pacient obdržel recept. Jediným problémem nápadu byla neexistence reálné televizní technologie v tehdejší době. Obrázek byl označen titulkem „The Radio Doctor – Maybe!“ (Doktor přes rádio – Možná!). Nezapomeňme, že v uvedeném roce ještě neexistovala ani televize samotná, její objev je datován až do roku 1929. Obrázek je v řadě publikací uváděn jako předzvěst dnešní moderní telemedicíny. O rok později vyšel v časopise *Electrical Experimenter* (Elektrický



Ilustrace foto: Shutterstock

experimentátor) článek lucemburského emigranta do Spojených států amerických Hugo Gernsbacka o zařízení budoucnosti, které se bude jmenovat Teledactyl a jednou – v budoucnosti – umožní lékařům nejen vidět pacienty přes obrazovku, ale zároveň se jich i dotknout pomocí robotických paží. Autor podrobně popsal manipulaci lékaře s robotickými končetinami. Všechny kroky, které lékař činí pomocí ovládacích prvků, jsou opakovaně nádiem na dálku. Vzdálené ovládací prvky mají zároveň některé senzory, takže jsou důležité pro případnou diagnostiku.

Tváří v tvář tvrdé realitě

Dnešní robotická chirurgie využívá aplikací, které už tehdy existovaly ve fantazii vědců. Jenže my dnes řešíme otázky jiné. Budou robotické operace hradit pojišťovny, nebo jde o nadstandard? Stejně otázky však vyvstanou i v dalších oborech. V diabetologii umožní glukometry s internetovou konektivitou okamžitou kontrolu glykemie lékařem u pacienta, který může být doma. Obrovská úspora času jak pacienta, tak lékaře. Bude však o takové úspory zájem? Uhradí je systém zdravotního pojištění? Nebo bude byrokracie další překážkou v rozvoji telmedicíny?



KOMUNIKACE

Nežádoucí události jako zdroj informací o poskytovaných zdravotních službách

Věstník MZ č. 8/2012 uvádí, že při hospitalizaci dochází u 8–12 % pacientů k újmě, a stanovuje povinnost sledovat a evidovat počet událostí, které k ní vedly. Záznam o nežádoucí události je důležitým zdrojem informací o fungování systému, jednotlivých odděleních zdravotnického zařízení, ale i jedinců.

Nežádoucí události (dále jen NU) jsou definovány jako události či okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Jde také o případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socio-ekonomické, a dále o události, kdy je poškozeným poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník. Za NU jsou rovněž považována neočekávaná zhoršení klinického stavu, pokud mají za následek trvalé poškození nebo smrt pacienta. Vedle toho se může jednat o okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, ale o nichž dosud není známo, zda bylo možné se jim vyhnout. Navíc může poskytovatel zdravotní péče doplnit tuto definici o další události či okolnosti, které jsou sledovány jako NU, ačkoli nesplňují uváděná stanovená kritéria.

Selhání komunikace

Rozbor 110 po sobě jdoucích záznamů o NU ve Fakultní nemoc-

nici Motol nutí k zamyšlení, neboť výsledky jsou více než zajímavé. Vezmeme-li v úvahu počet vyšetřených a ošetřených, pak záznamy o NU ukazují, že navzdory uváděným negativním zjištěním nejsou poskytovány zdravotní služby z tohoto pohledu na špatné odborné úrovni.

Problémy při poskytování zdravotních služeb se – zejména v poslední době – přesouvají spíše do oblasti nedostatků ve vzájemné komunikaci. Tomu odpovídá 21 % záznamů o nevhodném jednání a chování pacientů vůči poskytovatelům zdravotní péče. Užívání vulgarity, nedodržování domácího řádu, kouření na pokoji a užívání nealkoholu. Ve dvou případech šlo o fyzické napadení ošetřujících zdravotníků ze strany pacientů. Alarmující je zjištění, že ze sledovaného vzorku záznamů 17 % pacientů ukončilo hospitalizaci nestandardním způsobem, kdy (aniž by někomu něco sdělili) prostě z oddělení odešli.

Závažnější komplikací při poskytování zdravotní péče uvádí pou-

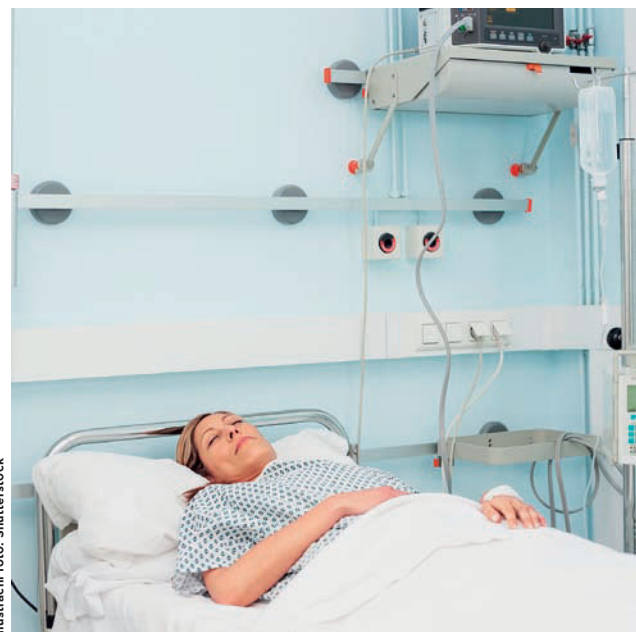
ze jeden záznam s tím, že odborníci zjistili, že se události nedalo předejít. Jen 5 % záznamů NU uvádí problémy, které byly způsobené špatnou organizací práce a špatnou komunikací zdravotnických zaměstnanců mezi sebou. Je potěšující, že pouze jeden záznam o NU uvádí interpersonální spor.

Chyby v organizaci a ukradená žárovka

Skutečnost, že 6 pacientů ze 110 bylo při hospitalizaci okradeno, 3x byl odcizen mobilní telefon a 3x peníze a doklady, ukazuje více na celospolečenský pokles morálky než na organizační nedostatky.

Je nesporné, že zdravotnická zařízení jsou vybavena zdravotnickou technikou na potřebné úrovni, ale také že přístrojům je věnována potřebná péče, jsou správně využívány i opatrovány. Jen výjimečně se jednalo o poruchy diagnostických přístrojů (CT) nebo přístrojů terapeutických (např. odsávačka). Tříkrát byla nahlášena nežádoucí událost kvůli poruše informačního systému a při problémech s osvětlením, kdy došlo k „prasknutí žárovky“ nebo byly (jak konkrétně uvádí záznam) „během 3 dnů 3x ukradeny žárovky na WC v prostoru ambulance“.

I když je transport pacientů ze zdravotnických zařízení realizován řadou různých specializovaných firem a počet převážených pacientů je veliký, ukazuje se, že pacienti problémy spojené s převozem vnímají velice negativně a obviňují sestry z nezájmu o svou práci a o nemocné nebo ze špatné organizace. Zejména když – i po urgencích – pacient čeká na odvoz několik hodin. Celkem 14 % záznamů, které se vztahují k problémům transportu pacientů, ukazuje, že požadavky na odvoz pacienta byly sestrou včas nahlášeny a transport řádně urgován. Záznam dokládá, že problémy často vznikají mimo zdravotnické zařízení, kde byl pacient hospitalizován.



ilustrační foto: Shutterstock

Úrazy i nauzea po svíčkové

Záznamů nežádoucích událostí, které lze definovat jako úraz, bylo celkem 9, ale z toho pouze 2 úrazy pacientů, kteří si je sami zavinili. U zaměstnanců byla převaha drobných poranění ostrými předměty. Záznamy o úrazech zaměstnanců bývají strohé, neboť podrobněji je úraz popsán v jiné dokumentaci.

- *Poranění sestry ostrým předmětem kontaminovaným krví pacienta.*
- *V pracovní době při vykonávání pracovních povinností jsem uklouzl na chodbě a spadl na železo s kolíkem (jsou to zádržky na postele, které vyjíždějí z dopravních výtahů).*

Několik záznamů bylo obtížně řaditelných pro nekonkrétnost údajů. Jsou i záznamy vyplněné pouze formálně, například:

- *Pacient svévolně opustil oddělení bez vědomí ošetřujícího personálu. Ošetřující lékař informován.*
- *Dobrý den, chtěla bych upozornit na obtížné vytažení táčů se stravou z vozíků, které jsou k nám dováženy. Tento problém již trvá celý týden! Vydáváné se musí účastnit dvě osoby.*
- *Dnes jsme si k obědu daly svíčkovou na smetaně a houskové knedlíky. Po jídle jsem já zvracela, kolegyně trpěla nauzeou a další kolegyně jídlo rovnou vyhodila po upozornění na silný zápach. Jelikož to není poprvé, co máme špatnou zkušenost s jídlem pro zaměstnance, rozhodly jsme se napsat mimořádnou událost.*
- *Na WC pacientů nocoval bezdomovec. Prostor ambulance i komplementu*

se odpoledne po pracovní době zamykají, ale bezdomovci se na WC pravděpodobně schovávají a zamknou již v pracovní době.

Zjištěné nedostatky ukazují, že se obvykle jedná o selhání lidského faktoru a nedalo se mu předejít. Důležitá je skutečnost, že nejsou zjištěny takové chyby, které by ukazovaly na vady systému při poskytování zdravotních služeb. Je ale nesporné, že záznam o NU je jedním z nástrojů řízení při jejich poskytování, neboť je důležitým zdrojem široké škály informací o fungování systému, jednotlivých úseků poskytovatele zdravotních služeb, ale i jedinců při konkrétní činnosti.

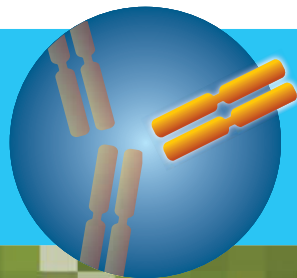
Při kolizi s pacientem, který se chová nevhodně, zaměstnanci uvádějí, že záznam o NU píše proto, že lze očekávat, že pacient podá stížnost. Proto nelze přehlížet a podceňovat úlohu záznamů o NU při obhajobě zaměstnanců poskytovatele zdravotních služeb, kteří jsou obviněni z pochybení nebo neetického jednání. Nelze opomíjet skutečnost, dosud zcela přehlíženou, že záznam o NU je jednou z aktivit, kde mohou zdravotníci poukazovat na možná rizika a dožadovat se pomoci při předcházení a odstraňování nedostatků, jež život a jejich profese přináší.

JUDr. MUDr. Lubomír Vondráček
Bc. Eva Kučková
FN Motol

Principy hlášení nežádoucích událostí

1. Poskytovatel zdravotních služeb deklaruje nesankční přístup k hlášení nežádoucích událostí. Poskytovatel zajišťuje ochranu hlásícího před postihem za to, že hlášení provedl.
2. Nežádoucí událost je hlášena každým pracovníkem, který událost zjistí. Hlášení se tedy neomezuje pouze na sestry či pouze na klinické pracovníky. Hlášení by měli provádět také pracovníci dodavatelských institucí zajišťujících pro poskytovatele některé služby.
3. Poskytovatel zdravotních služeb edukuje své pracovníky o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí.
4. Poskytovatel zdravotních služeb umožňuje anonymní hlášení nežádoucích událostí.
5. Provedení hlášení je snadné a jeho obsah se soustředí na textový popis nežádoucích událostí.
6. Hlášení je bez zbytečného zdržení směřováno přímo k osobě či osobám, které se u poskytovatele zdravotních služeb zabývají zpracováním hlášení nežádoucích událostí. Tedy i bez vyžadování podpisu tohoto hlášení vedoucím pracovníkem. Tento požadavek neovlivňuje oddělený proces okamžité reakce na případnou změnu zdravotního stavu (jejíž popis je nutné zapsat do zdravotnické dokumentace), který může vyžadovat podpis nadřízeného pracovníka či ošetřujícího lékaře.

(Zdroj: Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR 8/2012)



PRVNÍ ANTI-VEGF SCHVÁLENÝ PRO POUŽITÍ VE 3 OČNÍCH INDIKACÍCH¹

K A Ž D Ý

Ř Á D E K

NAVÍC

VRACÍ

DO ŽIVOTA

S Í L A

V P Í S M E N E C H

Prokazatelně pomáhá pacientům
přečíst více písmen u:¹

vlhké formy VPMD

DME

RVO


LUCENTIS[®]
RANIBIZUMABUM

Zkrácená informace: LUCENTIS 10 mg/ml injekční roztok

Složení: Ranibizumabum 10 mg v 1 ml. Jedna injekční lahvička obsahuje 2,3 mg ranibizumabu v 0,23 ml roztoku. **Indikace:** Lucentis je indikován u dospělých k léčbě neovaskulární (vlhké) formy věkem podmíněné makulární degenerace (AMD), k léčbě poškození zraku způsobeného diabetickým makulárním edémem (DME) a k léčbě poškození zraku způsobeného makulárním edémem v důsledku okluze retinální vény (uzávěr větve centrální retinální vény (BRVO) a uzavěr centrální retinální vény (CRVO)). **Dávkování:** Lucentis musí být aplikován kvalifikovaným oftalmologem zkušeným v podání do sklivce. Doporučená dávka u vlhké formy AMD je 0,5 mg podávaných jednou měsíčně jako jednorázová injekce o objemu 0,05 ml do sklivce. Léčba je podávána jednou měsíčně a pokračuje do dosažení maximální zrakové ostrosti (tj. do doby, kdy pacientova zraková ostrost je stabilní po tři po sobě jdoucí měsíční vyhodnocení). Zraková ostrost by měla být následně sledována jednou měsíčně. Léčba je znovu zahájena, když sledování pacienta ukáže ztrátu zrakové ostrosti způsobenou vlhkou formou AMD. Dojde-li u pacienta ke zhoršení zrakové ostrosti o více než 5 písmen, je nutno podat Lucentis. Interval mezi dvěma dávkami by neměl být kratší než 1 měsíc. Doporučená dávka u poškození zraku způsobeného DME nebo makulárním edémem v důsledku RVO je 0,5 mg podávaných jako jednorázová injekce o objemu 0,05 ml do sklivce. Léčba je podávána jednou měsíčně a pokračuje do dosažení maximální zrakové ostrosti, tj. do doby, kdy pacientova zraková ostrost je stabilní po tři po sobě jdoucí měsíční vyhodnocení provedené během léčby ranibizumabem. Proto pokud následně nenastane zlepšení zrakové ostrosti po podání prvních tří injekcí, nedoporučuje se v léčbě pokračovat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Pacienti s aktivní nebo suspektní oční nebo periokulární infekcí. Pacienti s těžkým nitroočním zánetem. **Zvláštní upozornění:** Lucentis je určen pouze pro podání do sklivce. Před léčbou je nutno pacienta poučit, že si musí sám aplikovat antimikrobiální kapky (čtyřikrát denně po 3 dny před injekcí a 3 dny po každé injekci). Při aplikaci Lucentisu musí být vždy dodržena přísná pravidla aseptiky. V následujícím týdnu po aplikaci injekce musí být pacienti sledováni z hlediska případného výskytu infekce. Během 60 minut po injekci Lucentisu bylo pozorováno přechodné zvýšení nitroočního tlaku (IOP). Trvalá zvýšení IOP byla také zjištěna. Podobně jako u všech léků bílkovinné povahy existuje i u Lucentisu možnost imunogenicity. Lucentis se nesmí podávat zároveň s jinými anti-VEGF látkami. Dávku Lucentisu je nutno vynechat a léčbu je nutno dočasně přerušit v případě snížení nejlépe upravené ostrosti zraku o ≥ 30 písmen; nitroočního tlaku ≥ 30 mmHg; poškození sítnice; subretinálního krvácení zahrnujícího střed fovey; chirurgického očního zákroku během uplynulých nebo následujících 28 dnů. Léčbu je nutno přerušit u subjektů s rhegmatogenním odchlípením sítnice nebo u makulárních odchlípení pigmentového epitelu sítnice je třeba dbát opatrnosti při zahajování léčby Lucentisem. Existuje omezená zkušenost s léčbou pacientů s předěšnými epizodami RVO a pacientů s ischemickým uzavěrem větve centrální retinální vény (BRVO) a ischemickým uzavěrem centrální retinální vény (CRVO). U pacientů s RVO projevujícím se klinickými příznaky ireverzibilní ztráty zraku v důsledku ischemie se léčba nedoporučuje. **Interakce:** Formální studie interakcí nebyly provedeny. Současné použití Lucentisu s fotodynamickou léčbou (PDT) verteporfinem u vlhké formy AMD. Současné použití Lucentisu s laserovou fotokoagulací u DME a BRVO. **Úkaz na speciální skupiny pacientů:** Podávání Lucentisu dětem a mladistvým se vzhledem k chybějícím údajům o bezpečnosti a účinnosti nedoporučuje. U pacientů s DME starších 75 let jsou omezené zkušenosti. Viz úplná informace o přípravku. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku by měly během léčby používat účinnou antikoncepci. Ranibizumab nesmí být užíván během těhotenství, aniž by očekávaný přínos převážil možné riziko pro plod. Ženám, které chtějí otěhotnět, a které byly léčeny ranibizumabem, je doporučeno počkat nejméně 3 měsíce po poslední dávce ranibizumabu před početím dítěte. Během léčby přípravkem Lucentis se kojení nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: nazofaryngitida, bolest hlavy, vředička, odloučení sklivce, hemoragie sítnice, poruchy zraku, bolest oka, sklivcové vločky, hemoragie spojivky, podráždění oka, pocit cizího tělesa, zvýšené slzení, zánet očního víčka, suchost oka, oční hyperemie, svědění oka, artralgie, zvýšení nitroočního tlaku. Časté: infekce močových cest, anemie, hypersenzitivita, úzkost, degenerace sítnice, poškození sítnice, odloučení sítnice, trhlina sítnice, odloučení pigmentového epitelu sítnice, trhlina v pigmentovém epitelu sítnice, snížení ostrosti zraku, hemoragie sklivce, poškození sklivce, uveitida, zánet duhovky, iridocyklitida, katarakta, subkapsulární katarakta, opacifikace zadního pouzdra, keratitida, abrazie rohovky, zarudnutí v přední části komory, rozmazané vidění, hemoragie v místě injekce, oční hemoragie, zánet spojivky, alergický zánet spojivky, výtok z oka, fotopsie, fotobie, oční dyskomfort, otok víčka, bolestivost víčka, překvení spojivek, kašel, nevolnost, alergická reakce (vyrážka, kopřivka, pruritus, erytém). **Další nežádoucí účinky** - viz úplná informace o přípravku. **Podmínky uchování:** Uchovávat se při teplotě 2–8°C. **Dostupné lékové formy/velikost balení:** 1 lahvička s 0,23 ml injekčního roztoku. **Poznámka:** Dříve než lek předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. číslo:** EU/1/06/374/001. **Datum registrace/prodloužení:** 22.01.2007/14.12.2011. **Datum poslední revize textu SPC:** 17.1.2013. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Horsham RH125AB, Velká Británie.

Přípravek je pouze na lékařský předpis, hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

1. Souhrn údajů o přípravku Lucentis, datum revize textu 17.1.2013

Další informace Vám poskytneme na adrese:

Novartis s. r. o., Gemini, budova B, Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4, www.novartis.com, tel.: 225 775 111, fax: 225 775 222

 **NOVARTIS**

A do toho všeho ještě povodně...

Motto: Těm nejlepším chybí přesvědčení a ti nejhorší jsou plni odhodlání.

(William Butler Yeats)

Švýcarská inspirace

Začneme černou kronikou: V Bellinzoně (Ticino) probíhá proces, který by se u nás těžko uskutečnil. Obžalovaní byli příliš mocní a příliš provázaní s politickými elitami. Stáli nad českou justicí, protože ve hře bylo příliš mnoho miliard a příliš mnoho másla na hlavách. Ta paní měla příliš malé váhy a příliš krátký meč. A místo pásky přes oči staženou zmijovku. Český stát se k tomu staví tak, že se vlastně nic nestalo a veřejné rozpočty nedoznaly úhony. Nebyla-li celá operace v Česku dokonce legální. U nás v záhvzdí možná. Ale nikoli v Bellinzoně (Ticino). Je to úžasná inspirace. Až se mi při té myšlence zatočila hlava. Pojďme outsourcingovat naši justici do Švýcarska. Tady stáhnout roletu a špinavé prádlo vozit do alpských údolí. A nechat předvolat třeba Standu, Mírka, Marka, Martina, Jardu, Pavlíka... No, těch jmen by se našla řada. Kompletní kalendář kromě Vánoc a Cyrila s Metodějem. V kantonu Ticino se zvýší tržby hoteliérů o sto procent. Turistický ruch? Kdepak. Justiční.

Usvědčující úspěch

Česká policie utrpěla úspěch, který vejde do análů kriminalistiky. Gigantické podzemní nádrže černého lihu odhaleny. Organizovaný zločin, rozbujelý za celá ta tristní léta, inkasoval úder na solar. Podle redaktorky ČRo1 však nádrže obsahovaly necelý milion litrů. Jenom? Takže nic moc? Ne, to je pouze poslední módní výkřik v chorobopise českého jazyka – protismyslná záměna hodnotných přísloví *skoro/téměř za necelý*. Pointa je však jinde: Pro naši pokřivenou dobu a podezřívavou mentalitu je příznačné, že se žurnalistka promptně zeptá, zda to tedy znamená, že policie byla dotědka laxní. Zajímavý aspekt. To by mě nenapadlo. Budme opatrní a nechlubme se úspěchy. Snadno mohou představovat důkaz proti nám. Totiž toho, jak jsme to až dosud dělali blbě.

Přenesme si to do zdravotnictví: Pacient se konečně začal zlepšovat. Sláva! Sláva? Ne, pouhý doklad naší nedávné nedbalosti a neschopnosti. A takhle přistupujeme ke všemu. Nic není dobře. Ani kdyby náhodou bylo. Ze zásady.

Taková malá normalizace

Následuje legislativní okénko: Po-

věstný pražský expri-mátor Pavel Bém vzbudil veřejné pohoršení, když exprimoval pozoruhodnou myšlenku: Slova „korupce“ a „kmotr“ by se měla zákonem zakázat. Veřejnost je prý těmi výrazy už otrávená. Omyl! Ona je otráve-

ná těmi skutečnostmi. Ne nadarmo se však říká, že pokrytectví je pocta, jíž neřest skládá ctnosti. Byl by to kormutlivý příklad toho, jak se i v nitru inteligentní a studované lebky může rozložit kauzální myšlení a nastoupí myšlení magické – uvalit embargo na slovo (jev kdysi zvaný polynéskými primitivní *tabu*) a zlou věc tím zažehnat. Jakmile to nejde pojmenovat, tak to není. Tohle mohl vymyslet i Milouš Jakeš na Červeném Hrádku. Nebo pštros s pštroscí a pštrosáčaty.

Představme si na chvíli, že by něco takového bylo ústavně možné. Hned by vznikly výrazy jiné, opisné. Vždycky se najde slovo, existuje-li příslušná realita. Nebo že by se slova přímo transformovala ve skutečnost? To je voluntaristická iluze lidí, kteří byli v politice déle, než je zdrávo. Příliš věří v sílu slov, ale jde jen o silná slova. Co k tomu dodat? To, co říkají zubaři: „Vypláchněte si!“

A odůvodnění návrhu? „Možná by to odhalilo pravé příčiny toho, proč se politická etika a stabilita řítí do pekel.“ Kázat zrovna z těchto úst o politické etice vyžaduje koňskou dávku *chucpe*. A stabilita – čeho přesně? Kmotři nestydatě obcují s politiky, korupce běží v dobře promazaných kolejkách a nesmí se o tom mluvit? Tohle je onen kýžený stav stability? Ideál. Taková malá normalizace. Kdyby nebylo nad slunce jasnější, že dr. Bém pouze žertuje, uvažoval bych o škodlivosti pobytů v extrémních nadmořských výškách. Mimochodem, zrovna jsme si připomínali jedno kulaté výročí: Sir Edmund Hillary a Šerpa Norgay Tenzing tam byli před 60 lety první.

Na čem stojí naše vlast

Ze soudních síní a předstání: Církevní restituce prošly Ústavním soudem. Z celkem normální věci, totiž dokončení převodu již 20 let zmrazených komunistických konfiskátů, se stala *stand-up* ko-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

medie složená z těch nejuděšnějších keců. Pokus o jakýsi kačkovský proces s tisíciletou historií, která s kauzou nikterak nesouvisí. Někteří se ve svých irelevancích dostali opravdu hodně před rok 1948. Jeden k Přemyslu Otakarovi I., jiný až do Byzance. Chybělo málo a byli by to dotáhli až na Golgotu. Tak z toho jsem celá tumpachová, řekla by moje babička.

Největší hrůza vyšla z útrobu advokáta žalobců, který zaperil, že vrácení uloupeného je *snahou o zničení toho, na čem stojí naše vlast* (sic!). Meze hanebnosti tu byly překročeny i na české poměry. A to už je síla. Jenže vzato kolem a kolem, neměl on nakonec pravdu? Vždyť státy se přeci udržují idejemi, na nichž vznikly... Tady se musíme zamyslet sami nad sebou. A výrazně. Aby toho nebylo málo, týž muž před vrcholnou soudní stolicí též připomněl biblické přikázání „Nepokradeš“. Ku podivu ho však nepoužil proti pachatelům, ale proti okradeným. Následně se nám úplně rozběsnila Jeho Popudlivost, poslanec Zororálek. Nešťastník ztratil elementární sebekontrolu a vyblogoval se v tom smyslu, že až se oni dostanou k moci, stejně církvím aspoň něco zase seberou. Pěkně jako po Vítězném únoru. Čest práci, soudruzi! To je opravdový mentální masakr. Naše cena „Smrt mozku“ má tedy své dva další laureáty. Blahopřejeme.

Všeho moc škodí

Nyní křížovka s tajenkou aneb záhadný případ dvou headlinů: „ČSSD odmítla reformní záměry ministra zdravotnictví Hegera“ versus „Heger nereformuje, kritizuje ministra ODS“. Tak sakra, reformuje, nebo ne? První titulky je celkem pochopitelný (z úst opozice). Druhý, pocházející z dílny koaliční ODS, na mě působí jako vpád mimozemšťanů do psychiatrické léčebny. Nečinný Heger prý nepředložil prakticky žádný reformní zákon. Současně se v textu praví, že Hegerovy zákony jsou špatné. Ježíši, a které? Ty, které nepředložil? Magořina.

„Jsme snad ještě v demokracii a můžeme říct svůj názor, i když se to týká jednoho z koaličních partnerů,“ prohlašuje se zbytečnou

podrážděností Sobotka (Přemysl, bohužel), jako kdyby mu nějaký autoritativní režim upíral svobodu slova. Divné. Tento muž je odborným garantem zdravotnické komise své partaje. Hm. A čeho přesně je tam zárukou? Jen aby nešlo o ručení silně omezené.

Je to totiž tak, že všeho moc škodí a příliš dlouhý pobyt v politice umožnil i opravdu velké duchy. Navrhují, aby politici nosili osobní dozimetry jako pracovníci na rentgenu. A pravidelně vyhodnocovat. Přeshvíh jsi expozici? Tak jdi. A už se nevracej. Nikdy.

Nečas k mluvení

Je čas mluvit a čas mlčet. Tedy nečas k mluvení. Není pravdou, že každý, kdo přijede do Ruska, si musí povinně uplínout před Pussy Riot namísto položení věnce u hrobu leznámého vojína. Tyhle rituály lezení kamsi si snad už můžeme odpustit, i když jsme trénovali tak dlouho, že už to někteřím přešlo do krve. Potěší to ruského medvěda a hned bude povolnější? Báfuška se třese na zbytečnou a škodlivou superzakázku a my mu budeme podkuřovat, aby ji vzal? Zvrácená logika, o mravnosti nemluvě. Budou s námi obchodovat, když to bude výhodné. To je jediné kritérium. Řeči v tom nehrají roli.

Navíc je to netaktické. Rusové to chápou jako slabost, již cítí na sto verst jako žralok krev. Nechceme po svých politikách, aby vždy a všude za každou cenu připomínali lidská práva. Tady ale dokonale stačilo alespoň významně mlčet. Opuštit ubohou perspektivu české krtiny a nehrbit se. Je příznačné, že vůči Rusku si někteří naši hrdinové nedovolí ani setinu výroků, jaké velkohubě troují na účet EU, proti vlastnímu hnízdu, vlastnímu kulturnímu okruhu.

K tomu se volně váže zpráva: Soudruh Brežněv bude mít v putinovském Rusku oficiální pamětní desku. Komu to jméno dnes už šťastně nic neříká, tak to byl ten hajzlík, co vojensky napadl naši zemi, okupoval ji a umožnil hnus normalizace. Pořád ještě jsme se z jejích následků nevybabrali.

Válka Roseových

Po měsících ileózního stavu proběhl ve stylu zaseklého Papinova hrnce dávnou předvídadelný převrat v Praze aneb trpký rozvod od stolu i lože. A je vymalováno. V Praze se hraje o hodně. Je tam příliš mnoho peněz pohromadě. Koaliční partneři se mezi sebou na

prahu zkázy rvou jako koně. Válka Roseových. Běží zřejmě o to, kdo bude za rok největším z opozičních trpaslíků. Nemůžou si pomoci. Budou pokračovat až do trpkého konce. Ledaže by spoléhali na to, že se levice na to maso nebude moci déle dívat, udělá se jí zle a vzdá to. Celé se to dá vykládat různě. Svobodovo vedení nemělo v ODS dostatečně silné slovo tak, aby skýtalo záruku pokračování čistý a dobré správy města. Což není chyba Bohuslava Svobody, ale ODS, která na to dojde ve volbách. Nebo: Největší animozita logicky panuje mezi těmi, kteří soutěží o stejné voliče. Nejvíce se vraždí v rodinách. Třeba Boleslav a Václav. Nebo Kain a Ábel. Podobně se jednou servou socialisté s komunisty. Kdo zvítězí? Mírně to byli komunisté. Totálně.

Že se mění partneři v koalici? Dost běžná věc. Slovo „zrada“, které v rozčilení použil čerstvý expri-mátor Svoboda, je poněkud přepjaté. On sám takovou věc ve vhodném okamžiku bez milosti provedl svým bývalým partnerům. Já vím, není to úplně totožné. Žádné nové manželství není přesně stejné jako to předchozí. ODS ve svých silnějších letech také držela slabší pravicové partnery, protože neuměla spolupracovat. Ani to nikdy doopravdy nezkoušela. V jejich očích byl kdokoli, kdo měl námitky, jednoduše zrádce. Smutné.

Žertování při zaražených větrech

Jen Petr Nečas byl k popukání, když se svou pedanterií vysvětloval žert, v němž nové pražské vedení nazval „Hu-Hu koalici“, a tvářil se u toho, jako kdyby ho bolelo břicho. Jenže „Hu-Hu“ se neujalo. Nikdo se nesvíjel smíchy. Žádné ha-ha. Premiér má s prezidentem jednu věc společnou – nutkání své nevydařené taškařice opakovat a zdůrazňovat, aby nikomu určitě neunikla pointa. Ví to ale každý estrádní bavič – když se publikum nesměje, nenaléhat, nepatlat se v tom a rychle pryč. Jeho píárové by měli sebrat odvahu a nějak taktně mluvit to vysvětlit, aby si zasloužili svou mzdu. Moje dobře míněná rada panu premiérovi: za každou cenu se zdržet pokusů o vtipkování.

Pro ODS je celá záležitost křišťálově jasná. Netřeba nic analyzovat. Je to démon Kalousek. Všechno, co se ODS nepovede, je následek jeho piklů. Průjem, zabouchnuté klíče, povodeň, zaražené prdy, pokles preferencí – Kalousek je zkrátka

NEJSEM SI JIST



Pověstný pražský exprimátor Pavel Bém vzbudil pohoršení pozoruhodnou myšlenkou, že slova „korupce“ a „kmoť“ by se měla zakázat zákonem. Kdyby nebylo jasné, že jen žertuje, uvažoval bych o škodlivosti pobytů v extrémních nadmořských výškách. | Foto: Tomáš Novák/Euro

za vším. Neuvěřitelné, kolik toho stihá. Je to dětinské. Ochromující slepota, os(t)udné selhání zbytků soudnosti. Jedinou záchranou ODS je dnes hluboká sebekritika vedoucí k vyvození drastických vnitřních důsledků. Zařízení do vlastních údů. Hlavně chapadel. Spěchá! Není-li dávno pozdě.

Špatná pověst má setrvačnost rozjetého parního válce. MUDr. Martin Kuba ovšem udělal jinou diagnózu: *Podstata ODS se vytratila v každodenním vládnutí.* Bože, a co by chtěl? Co jiného by měla kterákoliv politická strana dělat? Jaká jiná

by měla být její podstata než veřejná služba? Každá snaha jít za tento rámec by občana měla vést k velké obezřetnosti.

Samá voda

Jo, abych nezapomněl to nejhlavnější: Co na to všechno Hanspaulka? Ta nám přináší velikou novinu: ODS je prý v personální a ideové krizi. Výborný postřeh. Pronikavý. Jen trošku s latencí. Asi tak 16 let. Jako by to nestačilo, Hans-Paul vyhróžuje náznaky návratu. Opravdu by mohl náš Jan Pavel vstoupit podruhé do stejné

řeky? Stejně šejdrem uvažoval i Napoleon ve své izolaci na Elbě a pak tu stupidní chybu k úžasu všech opravdu udělal. Jak se říká, poprvé tragédie, podruhé fraška. A taky že jo. Skončil po 112 dnech na dohled od Bruselu. Jmenuje se to tam Waterloo.

Čas mluvit a čas mlčet nastal také během povodní. Voda ještě ani nezačala klesat a už do sebe zatnuli tesáky. Primátoři, exprimátoři, starostové. Nešlo o vodu ani o promočené občany, ale o to, že ten druhý je jinostaník. Hlavně si rýpnout, poškodit, získat body. Špinavé body. Takový malý hynismus. Nejohrovnější projev však pronesl Miloš Zeman. Nepamatuji se, kdy jsem naposledy slyšel takovou ubohost. Promluvit k národu? Kdepak. Jen ke své vlastní politické třídě, s níž je uzavřen v jednom akváriu. Trapně, urážlivě, malicherně, s jízlivostí tety Kateřiny a až komediální groteskností. Státník? Nedejte se vysmát. Samá voda.

Do tepláků za optimální léčbu?

Zle, matičko, zle. Nemocnice letos očekávají velkou ztrátu. Jenom ty středočeské (to jsou ty skvěle řízené byrokraty ze Smíchova v nejlepší rathovské tradici) se chystají na deficit zoo milionů. Nu což, kraj to jistě zatáhne. Když má i na regulační poplatky... Takže ještě jedna soudnička: Vedení nemocnic prý u nás běžně čarují s vykazováním péče, čteme v médiích. No bodejť, to dělaly vždycky. Finanční tlak je veliký. Jinak by se řada nemocnic dávno zhroutila. Jejich ředitelům prý hrozí za tzv. optimalizaci léčby vězení, píše neúnava-

ná paní Petrášová. Mnu si zraky. Učiníme léčbu pacienta co nejlepší (tolik překlad výrazu) a jdeme za to do tepláků? Nesmysl. Asi chtěla říci „optimalizace účtování léčby“. Ani za to se ale neposílá do vězení. Do temnice se jde za podvod. To je ovšem něco docela jiného než optimalizace. Naučme se užívat slova a nemaťme si jazyk.

K případným podvodům ve vykazování se nabízí další téma: Už teď bývá v řadě zařízení problém obsadit služby, natož kvalitně. Není to žádné české specifikum. Britové zjistili, že po operacích provedených v pátek je vyšší úmrtnost. No jo, víkend. Zkoumal to někdo u nás? Přípustné vytížení lékaře službami se brzy smrskne na polovinu. Co s tím? Kde vzít další lékaře a čím je zaplatit? A co budou někteří z nich dělat, když zrovna nebudou sloužit? Či máme postavit do služeb lékaře bez příslušné kvalifikace? Je to sice běžné, ale jen dokud není průser. Nebo sloučit služby? Výborný nápad. Třeba praktik-externista odslouží oční, neurologii a krční. Jenže kde je pak dostupnost odborné péče? Viz zpráva o britské úmrtnosti o víkendech.

A kde jsou konziliáři pro ostatní obory? Když ARO potřebuje neurologa s kladívkem, nemůže místo něj přijít urolog s cévkou. Jako v grotesce s Vlastou Burianem. Myslím tu se zuby a piešťanským bahnem. A idea lékařů na telefonu? Plno jich dojíždí, často i 30 či 50 km. Při dnešním alibismu, kdy odezdnou komoci musejí vyšetřit aspoň tři doktoři a mdlobu čtyři, by se jim nevyplatilo vracet se domů. Takže by nakonec zůstali ve spítále. Akorát za mnohem míň peněz.

Na vlně solipsismu

Taky někdy máte pocit, že se všichni byrokraté spikl, aby už zítra nešlo ani to, co ještě včera jakž takž fungovalo? Od služeb až po absurdní výběrová řízení na bagately? Že když už nejsou prachy, ať nás aspoň nechají na pokoji? To je ovšem myšlenka, která je jedním z příznaků syndromu vyhoření.

Tím se nedávno hodně zabývala dávno vyhořelá ČLK. Na webu se nabízel test, kde vyšlo, že polovina našich lékařů je vyhořelých. Musím se zasmát a prosím další slíde. Ten s okénkem do světa: V USA proběhlo nedávno totéž, mnohem podrobněji, pro všechny specializace, podle pohlaví a řady dalších kritérií. Vyšlo jim, že vyhoření se ve srozumitelné závislosti na oboru pohybuje v rozmezí 32-52%, přičemž více jsou ohroženy ženy. A příčiny? Na prvních pěti místech figurují v sestupném pořadí: příliš mnoho byrokracie, příliš mnoho hodin v práci, dopady finančního omezování poskytování péče, pocit kolečka v soukolí, nízký příjem. Tak to byla Amerika. *God save the U.S.A.*

Pořád si myslíme, že jsme nějaká rarita. Jenom u nás jsou povodně, které zavinili, či dokonce úkladně zosnovali neschopní činitelé. Jinde neplavou, mnozí i zoufaleji. Jenom u nás v roce 1989 padl komunismus a dodnes nám vrtá hlavou, kdo to asi mohl zorganizovat. Ilumináti? Jenom my máme finanční obtíže a hospodářskou krizi, již úmyslně vyvolala právě tato vláda, aby nás mučila a tím se ukájela. Jsme absolutně specifictí. Nemáme obdoby. Okolní svět neexistuje. Aspoň to tvrdili solipsisté. Což byli vlastně filozofičtí autisté.

Inzerce A131009061



Noviny zdarma o den dříve

www.e15.cz/pdf

MLADÁ FRONTA



Možnost registrace odběru novin ZDARMA do vašeho e-mailu na webu e15.cz





Ráda si stanovují **vysoké cíle**

Text: Markéta Mikšová
Foto: Eduard Karkan

„Možná mi bylo dáno do vínku více energie, než mají ostatní, kdo ví. Prostě jsem si všimla, že všechno dělám nějak rychleji než jiní lidé, a zvykla jsem si na to,“ říká s úsměvem přednostka Neurologické kliniky 3. lékařské fakulty UK a FN Královské Vinohrady v Praze a vedoucí zdejšího Komplexního centra pro léčbu spasticity i Centra pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.

Co vás přivedlo k medicíně? Pocházíte z lékařské rodiny?

Měla jsem výhodu, protože v mé rodině byli významní lékaři. Mým velkým vzorem byl již od dětství můj dědeček, univerzitní profesor Jaroslav Teisinger, zakladatel oboru pracovního lékařství. Díky jeho celoživotní práci počet nemocí z povolání u nás významně poklesl a některá onemocnění se již nevyskytují. Svým přístupem ovlivnil vývoj tohoto oboru v celosvětovém měřítku.

Měla jsem ho velice ráda, byl to takový renesanční člověk, nikdy nenadával a jeho slova měla vždycky velkou váhu. Všichni jsme ho obdivovali, byl to čest-

ný člověk, který něco dokázal. Samozřejmě nebyl v komunistické straně, takže se musel potýkat s mnoha problémy. Snad takovým zadostiučiněním a oceněním jeho práce je, že se každoročně koná seminář, který má v názvu jeho jméno (Teisingerův den průmyslové toxikologie).

Můj obdiv získal nejen svými morálními kvalitami, ale i svou obrovskou pracovitostí. Každý den chodil do ústavu, pak přišel domů na oběd a po něm šel zase až do večera pracovat. Byl opravdu velmi pilný, napsal řadu článků a monografií o nemocech z povolání, například o azbestóze a silikóze plic, rozvíjel analytické metody u růz-

ných průmyslových škodlivin. Zajímal se o činnost svých spolupracovníků, kteří s ním konzultovali své výsledky. Když už to pak po revoluci bylo možné, přijeli jej navštívit i ti, kteří emigrovali.

A jaká jste byla studentka? Také tak pilná po vzoru dědečka?

Já mám v povaze dělat všechno na sto procent a jsem zvyklá věci dotahovat do konce. Na základní škole jsem měla samé jedničky, učení mi opravdu nedělalo potíže. Hrála jsem basketbal, cvičila na piáno, malovala jsem, už jako dítě jsem měla spoustu zájmů. Na gymnáziu jsem se díky velmi dobrému prospěchu dosta-

la bez zkoušek, absolvovala jsem jej s vyznamenáním, na fakultě jsem ze zkoušek opět měla jedničky a získala ministerský diplom. Vždycky jsem měla výhodu v dobré paměti a právě v té pečlivosti s pracovitostí, možná jak jsem to viděla u dědečka. Nějak jsem nedokázala jít na zkoušku, abych si to alespoň nepřčetla. Nemám povahu na riskování – vědět, že nic neumím, a spoléhat na to, že to nějak dopadne. Vždycky jsem musela být alespoň trochu připravená, mám to v povaze.

Měla jste v rodině i další lékaře kromě dědečka, které jste mohla následovat?

Ano, mým dalším lékařským vzorem byl můj strýc. Dnes už je v důchodu, ale byl významným rentgenologem ve Fakultní nemocnici Motol. Jako jeden z prvních prováděl angiografie u malých dětí. Před revolucí emigroval s rodinou do Německa, kde pak pracoval jako zástupce primáře rentgenologického oddělení. Mám v čerstvé paměti, jak vždycky říkal, že musí do služby, což pro mě mělo nádech něčeho hrdinského a úctyhodného, že jde do nemocnice, aby pomáhal nemocným lidem... Oba, dědečka i strýce, jsem velmi obdivovala. Od dětství jsem díky nim věděla, že chci být lékařkou.

PŘEDSTAVUJEME

Jak vzpomínáte na své začátky v praxi? Kliniky se o vás musely doslova prát, když jste byla výbornou studentka...

Zdejší fakultu (tehdy to byla Lékařská fakulta hygienická UK) jsem dokončila v roce 1987 a mohla jsem si vybrat jakékoli místo na hygienické stanici nebo ve zdravotním ústavu. Ale to jsem nechtěla, toužila jsem po práci v klinickém oboru, a to konkrétně přímo na neurologii. V době před revolucí však pro absolventa lékařské fakulty hygienické nebylo jednoduché dostat se do předatestační přípravy jakéhokoli klinického oboru.

Hygienu jsem opravdu dělat nechtěla, tak jsem se přihlásila na interní aspiranturu v tehdejším Institutu hygieny a epidemiologie, na neurotoxikologii pod vedením docenta Edgara Lukáše. Začala jsem se učit neurofyziologické metody na neurologické klinice ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Krči. Další rok jsem působil na neurologickém oddělení v nemocnici v Příbrami.

Časově bylo velmi náročné skloubit práci a výzkum dohromady. Tatínek mi například pomohl odvézt EMG přístroj starou škodovkou do továrny na výrobu barev, kde jsem měřila evokované potenciály u pracovníků exponovaných toluenu a styrenu. Výzkum bylo třeba provádět opravdu s nadšením. Člověk pracoval na dvou frontách, ale věděl, že to úsilí má nějaký smysl. V mládí je všechna naše činnost spojena s ohromným pozitivním nábojem. Po obhájení titulu kandidáta lékařských věd jsem pak již zůstala jako sekundární lékařka na neurologické klinice v Krči.

Čím vás tak nadchla právě neurologie?

Jsem typ člověka, který si klade těžké cíle. Mám ráda extrémní, chodím po horách, a to nejraději po kopcích s velkým převýšením. Nebo si třeba řeknu, že dneska na kole ujeďu 80 kilometrů. Neurologie pro mě znamenala komplikovaný obor se spoustou složitostí a výzev. Musíte se naučit množství pojmů, porozumět složitým fyziologickým i patofyziologickým mechanismům, pochopit, jak fungují nejrůznější nervové dráhy, spojení, různé neuronální sítě, co to je synapse, inhibice či excitace, potenciace nebo plasticita. Co znamená nádorové onemocnění, mozkový infarkt nebo zánět.

Když se to naučíte, teprve pak dokážete rozpoznat, ve kterém místě a proč právě tam se porucha nachází. Bohužel někdy ne-

mocnému člověku nedokážete pomoci, jak by si on představoval, protože v nervovém systému se dráhy ani nervové buňky příliš neobnovují. Porucha tam je napořád a člověk s ní žije celý život. Neurologie je jako obor velice krásná. Fascinující jsou rychle se rozvíjející diagnostické postupy (funkční magnetická rezonance, traktografie a podobně). Naskytávají se i nové léčebné možnosti, například biologická léčba u roztroušené sklerózy, která snižuje výskyt zánětlivých ložisek v nervovém systému, nebo akutní rozpuštění trombu, který ucpe hlavní mozkovou tepnu u rozvíjející se cévní mozkové příhody. Na tomto oboru se mi mimo jiné také líbí spojení s neurorehabilitací, kde je možnost ovlivnit například poruchu chůze nebo oslabené úchopové funkce ruky po prodělané mrtvici.

A jak jsme na tom ve srovnání se světem?

Po revoluci jsem využila i řady možností naučit se něco v zahraničí, dohromady jsem tam strávila více než dva roky. Můj první dlouhodobý pobyt byl roční, a to v USA, kde jsem pracovala jako *postdoctoral fellow* na Baylor College of Medicine v Houstonu. Tato univerzita patří ke světovým špičkám. Získala jsem stipendium na Division of restorative neurology and human neurobiology pod vedením profesora Milana Dimitrijeviče, neurologa a neurofyziologa, který byl a stále je světovým odborníkem na diagnostiku a léčbu následků poranění míchy. Myslím, že mi při výběru také pomohl fakt, že profesor Dimitrijevič pochází ze Srbska a měl prostě Slovany rád. Bylo tam velice příjemné prostředí a přátelská atmosféra.

Tehdy už jsem byla po atestaci z neurologie, bylo mi téměř třicet let. V tomto věku si velmi snadno uděláte přátele, které pak máte na celý život. Dodnes jsme v kontaktu, spolupracujeme na různých projektech z oblasti neurofyziologie a neurorehabilitace. Na podzim byl profesor Dimitrijevič na naší klinice, kde jsme spolu domluvili další spolupráci v oblasti řešení spasticity jakožto následku chronického poranění míchy.

Naučila jste se ve Spojených státech amerických novým metodám, které jste pak importovala i k nám?

Právě v Houstonu jsem poprvé viděla a učila se metodu motorických evokovaných potenciálů, která tady u nás v té době v podstatě ještě nebyla zavedená do

klinické praxe. Poznala jsem tam řadu dalších neurofyziologických metod a měla možnost seznámit se i s neurorehabilitací u nemocných s roztroušenou sklerózou, po mrtvici či po poranění mozku a míchy.

Tím jsem se dostala k problematice spasticity a použití baklofenových pump ke snížení těžké spasticity končetin. Touto metodou se zabývám již od roku 2004, kdy jsme pumpy ve spolupráci s neurochirurgickým oddělením Nemocnice Na Homolce začali implantovat i u nás. V současné době na naší klinice úspěšně léčíme baklofenovou pumpou kolem 40 nemocných, kteří mají spasticitu v důsledku roztroušené sklerózy nebo po chronickém poranění míchy.

Své znalosti a zkušenosti jsem ještě více prohloubila v roce 2009, kdy jsem byla na čtrnáctidenním pobytu na rehabilitační klinice Methodist Rehabilitation Center, která je součástí Mississippské univerzity. Tady se léčbou spasticity zabývají od roku 2000 a mají kolem 120 pacientů s baklofenovou pumpou. Nejvíce nemocných mají po poranění mozku. Vědecká stáž na tomto pracovišti pro mě byla cennou zkušeností, protože v našem souboru zatím podobného pacienta nemáme. V budoucnu se samozřejmě chceme o tyto nemocné také starat.

Kteří neurologicky nemocní nejvíce trpí spasticitou?

Spasticita je závažný důsledek postižení centrálního nervového systému. Vzniká u řady onemocnění, jako je roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda, chronické poranění míchy, poranění hlavy, může se vyskytnout u míšních či mozkových nádorů nebo jako následek dětské mozkové obrny. Projevuje se výraznou svalovou ztuhlostí, která udržuje končetinu v nepřírozené poloze. Nadměrně spastické svaly znemožňují protažení končetiny. Dalším problémem jsou četné svalové spasmy, pro které nemocný například nemůže chodit nebo sedět ve vozíku, obtížně v noci spí a celkově trpí bolestmi. Pro naše nemocné je to nesmírný handicap, protože se o sebe nemohou postarat, jedí s obtížemi, neposadí se na postel ani na vozík. Řadě pacientů jsme schopni pomoci. Každý nemocný z našeho souboru pro nás představuje jeden lidský příběh. Máme již dva pacienty, kteří po zmírnění spasticity mohli pokračovat ve studiu na vysoké škole. Vydrželi sedět ve vozíku a pracovat na počítači, což předtím nebylo možné.

Jak lze dnes takto nemocným lidem pomoci?

Je potřeba říct, že ne každá spasticita se musí léčit. Zabýváme se

hlavně případy, kdy spasticita pacienta obtěžuje natolik, že mu znemožňuje sebeobslužnost, běžné denní činnosti.

U nemocných po cévní mozkové příhodě je nejlepší léčebnou metodou, prokázanou v mnoha studiích, lokální aplikace botulotoxinu, tedy „klobásového jedu“, například do spastických flexorně vyšší než při kosmetických zásazích, protože je třeba aplikovat látku do velkého svalu.

Díky aplikaci pacient přestává mít svaly spastické a může končetinu natáhnout. Efekt se dostaví již zhruba za 2 až 3 dny, trvá asi 3 měsíce, ale bohužel není trvalý, pacient musí docházet na reapiikace. Aplikace se provádí jehlou do svalu, pod kontrolou EMG nebo sonografického přístroje.

Pokud nemocní mají těžkou generalizovanou spasticitu všech končetin, pak je metodou volby již zmíněná baklofenová pumpa. Jde o systém, který se skládá z pumpy a katétru. Pumpa se zašije na břicho pod kůži, jde o přístroj přibližně velikosti kardiostimulátoru. Součástí tohoto systému je rezervoár s roztokem baklofenu, což je látka, která uvolňuje svalové



Jednou týdně se dvě hodiny snažím malovat v ateliéru, kde se pod odborným vedením učím tvar, barvy a možnosti, které skýtají olejové barvy či pastely.

doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.

* 11. března 1963 v Praze

V roce 1987 promovala *summa cum laude* na LFH UK v Praze, kde získala cenu ministra školství za mimořádné studijní výsledky. V roce 1993 obhájila kandidátskou práci na téma „Somatosensorické evokované potenciály u osob exponovaných organickým rozpustidly“. V letech 1988–1991 pracovala na Neurologické klinice FTN Krč, kde byla rovněž asistentkou ILF. V roce 1992 získala stipendium a nastoupila roční pobyt jako *post-doctoral fellow* na Baylor College of Medicine v Houstonu. Stážovala i na dalších prestižních pracovištích v zahraničí (univerzitní nemocnice v Innsbrucku a Basileji, Shulthess Klinik v Zurichu, Mississippi Methodist Rehabilitation Center v Jacksonu, Guttman Institute v Badalóně ad.). V letech 1995–2011 pracovala na neurologickém oddělení Nemocnice Na Homolce a zároveň již od roku 2000 přednášela na Neurologické klinice 3. lékařské fakulty UK a FNKV. V roce 2003 byla na základě práce „Mícha a její funkce v klinické neurofyziologii“ habilitována jako docentka neurologie. Od roku 2011 je přednostkou Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV v Praze. Věnuje se problematice spasticity, neurorehabilitace a neurofyziologie. Byla u zrodu využití metody



magnetické stimulace ve výzkumu i v praxi. Od roku 2004 prosazuje projekt léčby těžké spasticity intratekálním baklofenem a v současné době je hlavní specialistkou ČR na tuto léčbu. Dále se zabývá problematikou roztroušené sklerózy, neuro-

muskulárních chorob, vertebrologie a chronické bolesti. Je členkou řady zahraničních odborných společností (International Society for Restorative Neurology and Human Neurobiology, International Neuromodulation Society, Eurospine), dále výboru České společnosti pro míšní léze ČLS JEP, výboru České neuromodulační společnosti ČLS JEP, revizní komise České společnosti pro klinickou neurofyziologii ČLS JEP a členkou České spondyllochirurgické společnosti ČLS JEP. Přednesla více než 250 odborných sdělení, z toho řadu v zahraničí. Je autorkou a spoluautorkou více než 80 publikací. V loňském roce jí v nakladatelství Maxdorf vyšla monografie „Spasticita a její léčba“, již je hlavní editorkou.

Je vnučkou profesora Jaroslava Teisingera, zakladatele českého pracovního lékařství, který vybudoval první Klinikou nemocí z povolání a první Ústav pracovního lékařství v Československé republice, a praneteř spisovatelky a scénářistky Fan Vavřincové.

napětí. Katétr je implantován do podkoží a je veden z pumpy do páteřního kanálu, až do oblasti, kde proudí mozkomíšňi mok. Tam se uvolňuje po malých množstvích celých 24 hodin denně. Dávku lze různě programovat, například je možné ji nastavit tak, aby působila svalové oslabení výraznější v noci a menší ve dne, nebo se dá zajistit, aby byl pacient více uvolněný jen ráno před probuzením. Důležitá je spolupráce s neurochirurgem, který vloží pumpu pod kůži na břiše a katétr vyvede do páteřního kanálu během krátkého operačního výkonu v celkové anestezii. Pacientovi pak po operaci postupně zvýšíme dávku baklofenu podle jeho potřeby a on k nám chodí do ambulance zhruba jednou za 3 měsíce na doplnění rezervoáru.

Jak pacienti snášejí cizí těleso v břiše?

Nevadí jim to. Pacient si sám řekne, kde chce mít pumpu umístěnou, zda vpravo, nebo vlevo na

břiše, a to proto, aby mu nevadila při nošení kalhot v pase, vždy však záleží, jak se spolu dohodneme. Pověštinou se pumpa dává na levou stranu břicha, čili ne tam, kde je slepé střevo (kvůli případné operaci, pokud by došlo k jeho zánětu), a umístí se tak, aby se zařízení nedotýkalo dolní části hrudního koše. U většiny lidí není implantát ani vidět, u štíhlých osob může být patrné malé vyklenutí na břiše.

Plnění rezervoáru je minimálně bolestivé, provádí se vpichem jehly přes kůži. V našem souboru máme řadu pacientů s chronickým poraněním míchy, s čímž obvykle souvisí snížená citlivost od místa poraněné míchy, někdy už od dolní krční páteře. Ani nemocní s roztroušenou sklerózou si na nějaký dyskomfort při plnění rezervoáru nestěžují, vítají každou možnost úlevy, v tomto případě od spasticity.

Chronické míšní poranění i roztroušená skleróza jsou dlouhodobé a handicapující závažné stavy.

Buď z plného zdraví náhle spadnete do nemoci a jste nehybný, případně obtížně pohyblivý, nebo má vaše nemoc pozvolna se zhoršující průběh a vy se v průběhu let přestáváte pohybovat. I na to je třeba při léčbě myslet.

Takže i pacienti s RS mohou mít baklofenovou pumpu?

V našem souboru čtyř desítek pacientů se zavedenou baklofenovou pumpou tvoří asi polovinu nemocní s RS a polovinu lidí s chronickým míšním poraněním. Pro vaši představu, z pacientů s RS, kteří mají pumpu, tvoří dvě třetiny ženy a naopak, dvě třetiny pacientů s chronickým míšním poraněním jsou muži. Tady je vidět, že míšní poranění se týká spíše mužů, kteří více riskují.

Jak vzniká chronické míšní poranění?

Chronické míšní poranění se vyvine z akutního, nejčastěji následkem úrazu – při autonehodách, po pádech z koně, skocích do vody, při adrenalinových sportech... Patří k psychicky i fyzicky velmi devastujícím poraněním, neboť postihuje v převážné míře mladé osoby, kterým se v jednom okamžiku změnil celý život. Je před nimi dlouhá doba pobytu na vozíku nebo na lůžku, zcela znemožňující jejich předchozí životní styl. Musejí se vyrovnat s těžkým handicapem, který má dopad na jejich psychiku. Následky poranění míchy ovlivní zcela zásadně i sociální kontakty a zejména rodinný a pracovní život.

Ročně se v naší republice stává více než 300 úrazů míchy. Ta je poškozována buď přímo tlakem zlomených obratlů, nebo vyhřezlou meziobratlovou ploténkou. Nás samozřejmě kromě medicínského hlediska zajímají i osudy našich pacientů a víme, že dobrá psychika je při léčbě důležitá. Někteří naši pacienti s poraněním míchy skončí své původní vztahy, ale časem navážou jiné, často s ženami, které o ně pečují. To pak máme velkou radost. Máme tady i dvojice pacientů, kteří mají miminko ze zkumavky. Tím, že se o pacienty staráme dlouhodobě, o někoho i deset let, je pak úžasné vidět, že i přes tak závažné onemocnění mají svůj plnohodnotný rodinný život, včetně nových potomků. I nemocní s roztroušenou sklerózou mívají výborné rodinné zázemí, což je dojemné a pro nás také velmi povzbuzující.

Myslíte, že se jednou v budoucnu bude moci roztroušená skleróza léčit kauzálně?

Roztroušená skleróza je chronic-

ké zánětlivé autoimunitní onemocnění. Aktivovaný imunitní systém napadá vlastní orgány a tkáně, v případě RS to jsou obaly kolem nervových vláken (dochází tak ke ztrátě myelinu, demyelinizaci). Existuje řada teorií, proč k tomu dojde, včetně virové teorie a genetických dispozic, což je dáno různou vnímavostí vůči reakcím imunitního systému. Negativní vliv má i kouření. Nepříznivý podíl má také okolní prostředí, kdy se při velkém znečištění zhoršuje imunitní systém. Z epidemiologických studií víme, že v tropech a subtropích se RS vyskytuje minimálně, zatímco v našem podnebném pásu je výskyt RS značný. Tam, kde je ještě méně slunce, třeba v Kanadě, je mnohem vyšší výskyt RS než u nás. Takže se zdá, že nedostatek vitamínu D by mohl být jedním z nepříznivých faktorů. V našem podnebném pásu máme obecně vitamínu D málo.

RS má na počátku svého onemocnění fázi zánětlivou, což je právě spojeno s demyelinizací, ale může dojít i k přetrvávání nervových vláken neboli axonů. Když se nám na počátku nepodaří nemoc rychle diagnostikovat a správně zaléčit, celý proces se vyvíjí a zhoršuje mnohem rychleji. V pozdní fázi nemoci probíhá neurodegenerace, což se projevuje zejména ztrátou hybnosti a nemocní jsou závislí na péči druhé osoby a končí na vozíku.

Může lékař prvního záchytu rozpoznat, že jde právě o toto onemocnění?

První příznaky onemocnění mohou pozornosti praktického lékaře uniknout, především však k němu postižený často ani nepřijde, neboť svým potížím nepřikládá důležitost. Onemocnění se projevuje třeba jen občasným brněním na trupu nebo v končetinách, někdy to může být rozmazané nebo dvojité vidění, bolest za okem, ale příznaky se mohou ztratit, mohou spontánně odeznít. U někoho může být přítomná jen chronická únava. Pokud jsou klinické příznaky výraznější, pacient přichází třeba s oslabením končetiny, výraznější poruchou chůze nebo právě s necitlivostí na břiše, pak je nutné vyšetření neurologem.

Co je nesporným příznakem, že se jedná právě o RS?

U roztroušené sklerózy se mohou vyskytovat prakticky jakékoli příznaky, například svalová slabost, brnění končetin, okohybné poruchy, poruchy zraku, únava, špatná koordinace a udržení rovnováhy, obtížná a toporná chůze,

závratě, močové a střešní problémy, poruchy řeči, paměti či depresivní příznaky. Typické jsou ataky potíží střídající se s bezpříznakovými obdobími, tomu říkáme relabující-remitentní forma RS, tedy střídání fáze relapsu (ataky nemoci) s remisí (hojením). Tato forma je nejčastější a trpí jí zhruba kolem 80 až 85 procent nemocných. Asi 15 procent má primárně progredující formu, kdy dochází k pozvolnému zhoršování stavu s malou odpovědí na protizánětlivou léčbu.

Důležité je rychlé stanovení diagnózy nemoci a její včasná léčba. Nejdůležitějším vyšetřením je magnetická rezonance, která potvrdí výskyt zánětlivých ložisek v mozku a míše. Důležité je také vyšetření mozkomíšního moku, ve kterém se nacházejí protilátky produkované klonem aktivovaných lymfocytů, jež nejsou přítomné v krvi, ale prokazují přítomnost zánětu v centrálním nervovém systému. Magnetická rezonance objeví ložiska v typických lokalizacích, která jsou v bílé hmotě mozku, hlavně kolem mozkových komor, ale i v míše – existují na to přesná kritéria, kolik ložisek a kde se má vyskytovat, aby byla stanovena jistá diagnóza RS. Ložiska by měla být rozprostřena v čase a prostoru. Proto od pacienta potřebujeme znát, zda již podobné klinické potíže, se kterými přichází, neměl v minulosti, například po virové. Magnetická rezonance určí ložiska ve stadiu akutního zánětu i ve stadiu hojení, ukazují v čase, jak zánět probíhá i jak se dále vyvíjí.

To je tedy možné jen díky moderním diagnostickým metodám. Jak se to zjišťovalo dřív?

Když jsem nastoupila na neurologickou kliniku po ukončení vysoké školy, bylo možné vyšetřovat mozek pomocí CT, a to jen na jednom pracovišti, kterým byla Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Magnetická rezonance tehdy nebyla dostupná vůbec. Diagnózu roztroušené sklerózy jsme stanovili z typického klinického obrazu atak a remisí, z nálezu v mozkomíšňím moku a z nálezu evokovaných potenciálů, které patří mezi neurofyziologické metody.

Evokované potenciály hodnotí vedení nervového vzruchu celou nervovou dráhou až do mozku, kde se jednotlivé signály zpracovávají. Pokud je přenos signálů porušen (například zánětlivým ložiskem), dojde k jeho zpomalení nebo není vůbec nervovou dráhou veden a odpověď v nervovém systému nevznikne. Hodnotí se vedení signálu zrakovou, slucho-

vou, somatosenzorickou a motorickou dráhou.

Zavedením magnetické rezonance do diagnostiky RS neurofyziologické metody ustoupily do pozadí. MRI je dnes nejdůležitější metodou, pomocí níž sledujeme vývoj nemoci i efektivitu léčby. Léčba roztroušené sklerózy se v posledním desetiletí výrazně zlepšila s příchodem léků, které mohou modifikovat a zpomalit zhoršování této zatím nevyléčitelné nemoci. Současné terapeutické možnosti jsou v počátcích choroby především protizánětlivé, a proto je důležité nasadit léčbu co nejdříve, kdy převažuje právě zánětlivé postižení. Lékem první volby jsou interferony beta a glatiramer acetát, které se řadí mezi léky modifikující průběh nemoci. Při těžkém průběhu nemoci se nasazují léky druhé volby, mezi něž se řadí natalizumab a fingolimod. Každou ataku je nutné přeléčit vysokou dávkou kortikoidů v infuzích. Diagnostika i léčba RS probíhá ve vybraných specializovaných centrech, jaké funguje i na naší klinice.

Léčba chronických neurologických onemocnění je dlouhodobá. Nemáte někdy pocit bezvýchodnosti?

To určitě ne. Nemocný člověk k nám přichází s problémem, který se snažíme ve spolupráci s ním vyřešit. V řadě případů je možné najít vhodnou léčbu, byť není přímo součástí našeho oboru. Pacient s RS může mít třeba depresivní příznaky. Neurolog s ním všechno v rozhovoru probere a po stanovení diagnózy lehčí deprese mu může nasadit antidepressivní léky nebo mu doporučí konzultaci u psychiatra.

Biologická léčba RS někdy přináší nepříjemné lokální kožní problémy spojené s aplikací léku do svalů; v takovém případě doporučíme dermatologa. Pokud je třeba zlepšit fyzickou kondici, odkážeme na rehabilitačního lékaře. Další oblastí je spolupráce s gynekologem, a to zejména v otázce reprodukce. Často zde máme mladé ženy, které touží po mateřství.

Tady už vidíte, že to není zcela bezvýchodné, že můžete nalézt celou řadu možností jak nemocného nasměrovat k tomu, aby mohl vést kvalitní život. Pokud bude mít například dobrý rehabilitační program,lepší se mu rovnováha i chůze. Když uvidí jednoznačné zlepšení svého zdravotního stavu, ten pokrok, daný jeho úsilím a vůlí, přináší uspokojení a radost nejen jemu, ale i nám. Být lékařem neznamená jen stanovit diagnózu a podat lék. Na každého člově-

ka je třeba pohlížet jako na osobnost, probrat s ním, jaké má o své léčbě představy on sám. Všechno mu trpělivě vysvětlit, snažit se podle svých nejlepších znalostí a zkušeností vybrat pro něho to nevhodnější.

Říkala jste, že si od dětství kladete vysoké síle, předpokládám, že i v neurologii. Čeho byste chtěla ve své profesi dosáhnout?

Do pozice přednostky neurologické kliniky jsem šla se záměrem vybudovat pevný tým zainteresovaných lékařů, kteří se budou snažit rozvíjet moderní diagnostické a léčebné směry v neurologii, jimiž se náš obor ubírá v celosvětovém měřítku. Když jsem na tuto kliniku před rokem a půl nastoupila, bylo zde již velmi dobře fungující centrum pro léčbu RS, centrum pro léčbu cévních mozkových příhod a centrum pro léčbu kognitivních poruch. Do dnešní doby se nám již podařilo rozšířit a zefektivnit organizační péče o cévní mozkové příhody v naší nemocnici a to je stále naším hlavním zájmem. Ve vyspělých zemích (kam Česká republika bezesporu patří) jsou totiž CMP třetí nejčastější příčinou úmrtí po kardiovaskulárních a nádorových onemocněních.

Chceme získat status komplexního centra pro léčbu CMP. Hodně na tom pracujeme, máme už intervenčního radiologa a spolu s kardiologickou klinikou řešíme akutní mechanické rekanalizace, čili vyjmutí trombu z cévy. Podáváme intravenózní systémovou trombolýzu k rozpuštění trombu v ucpané mozkové cévě. Víme, že čas je nesmírně důležitý – čím dříve k intervenci dojde, tím větší je šance na záchranu postižené mozkové tkáně. Naši lékaři jsou opravdu rychlí a nesmírně šikovní. V pavilonovém systému naší nemocnice jsou to pro mne skuteční šampioni.

Na naší klinice máme od ledna 2012 vybudované také komplexní centrum pro léčbu spasticity, ve kterém aplikujeme botulotoxin a implantujeme baklofenové pumpy. Ze svého bývalého pracoviště jsem na kliniku převedla soubor těchto pacientů. Ředitelství nemocnice nám vyšlo vstříc, takže tady centrum můžeme dále rozvíjet. Jsme v současné době největším centrem léčby spasticity baklofenovou pumpou v České republice. Rozvíjíme také centrum pro léčbu kognitivních poruch, zejména pečujeme o osoby s Alzheimerovou demencí. Samozřejmě máme ještě spoustu dalších specializovaných po-



raden, například poradnu pro extrapyramidová onemocnění, vertebrogenní onemocnění, léčbu epilepsie, léčbu chronické bolesti, neurovaskulární poradnu a podobně. Mým hlavním cílem je, abychom se v právě vyjmenovaných oblastech dostali na nejvyšší možnou úroveň srovnatelnou se světem. S tím samozřejmě souvisí i mezinárodní spolupráce ve všech těchto oblastech. Spolupracujeme již s rehabilitační klinikou na univerzitě v Jacksonu ve státě Mississippi, s neurologickými klinikami univerzitních nemocnic v Innsbrucku a v Basileji či s institutem ve španělské Badaloně.

Daří se nám komunikovat na evropské úrovni, nemám pocit, že bychom na tom byli s úrovní znalostí hůře než ostatní pracoviště. Samozřejmě je třeba se stále hodně učit a zejména vědecky pracovat. Také prezentovat svá data na našich i mezinárodních kongresech a publikovat výsledky v článcích a v knihách. Součástí práce naší kliniky je rovněž výuka studentů medicíny, výchova postgraduálních lékařů a příprava vědeckých pracovníků. Výzkum provádíme v oblasti neurofyziologie, spasticity, cévních mozkových příhod, roztroušené sklerózy a Alzheimerovy choroby, o čemž svědčí získané granty z ministerstva zdravotnictví a vědecké projekty Univerzity Karlovy.

Na vás je vidět, že medicína je vaším hlavním koníčkem. Jak jste již zmínila, máte jich ale více. Kde berete čas?

Pro mě je asi nejdůležitější sport. Jak už jsem říkala, na základní

škole jsem vrcholově hrála basketbal. Denně jsme měli dvoufázové tréninky a o víkendy jsme hráli zápasy, takže jsem měla jen velmi málo času, abych se něco naučila nebo si připravila věci do školy. Musela jsem se proto naučit hospodařit s časem. Pak jsem hrála ještě volejbal, krátce házenou. Mám ráda všechny sporty, teď jezdím na kole, plavu, chodím běhat, jezdím na in-linech, to je moje vášeň, jen neumím moc brzdit. Lyžuji od tří let, jsem vášnivá lyžařka, která si to sviští z kopce velkou rychlostí. Moje oblíbené destinace jsou Hintertux, to je moje srdce, Božouň teď je toho času opravdu méně, ne vždycky se mi podaří dostat se za sportem na delší dobu.

Jednou týdně se dvě hodiny snažím malovat v ateliéru, kde se pod odborným vedením učím tvar, barvy a možnosti, které skýtají olejové barvy či pastely. Ateliér slouží hlavně k přípravě mladých lidí pro umělecké školy, ale v podstatě tam může chodit kdokoli. Jinak ještě chodím občas zpívat vážnou hudbu, třeba skladby Johanna Sebastiana Bacha nebo Dvořákovy „Biblické písně“. Učí mne paní profesorka, která zpívá ve Státní opeře. Moje touha učit se zpívat vzešla mimo jiné z toho, že jsem cítila potřebu povzbudit svou tehdy dvanáctiletou dceru, chtěla jsem jí jít příkladem. Já už jsem zpívala i dříve, nejprve na základní škole s kytarou a potom jsme měli amatérský soubor vážné hudby Kvinterna, takže hudba mě provází celý život.

Dcera chce být zpěvačkou?

Ne, bohužel chce být lékařkou.

Proč bohužel?

Myslím, že pro ženu je toto povolání těžší než pro muže. Opravdu vám nikdo moc nepomůže v péči o domácnost, ostatní její členové si myslí, že bude samozřejmě uklizeno, navařeno, vypráno, že to nějak bude fungovat...

Jak to tedy všechno skloubíte? Je to díky tomu, že umíte dobře hospodařit s časem?

Opravdu již v dětství jsem se naučila s časem hospodařit, abych do všeho stihla. Možná mi bylo dáno do vínku více energie, než mají ostatní, kdo ví. Všimla jsem si, že opravdu všechno dělám nějak rychleji než jiní lidé, a zvykla jsem si na to. Mám to zřejmě v genech, protože to se naučit nedá. To prostě v sobě buď máte, nebo ne.

A nejde vaše „kmitání“ rodnin na nervy?

Samozřejmě ano. A hlavně to, jak pořádku radím. Jsem stále v pozici rádce, ale radit pacientovi je něco jiného. Jenomže se to občas přenáší i domů a pak radím svým dětem... Ale myslím, že to berou s rezervou. Synovi je dvacet, je úžasný, občas už taky uvažuje a snaží se o mě starat.

Bude syn také lékařem?

Kdepak, studuje vysokou ekonomickou. Prohlásil, že to, co doma viděl, ho od medicíny dostatečně odradilo, že lékařem opravdu být nechce. Všechno jiné než lékař, zatímco moje dcera zase naopak tvrdí, že nic jiného než lékařka. Takhle to prostě u nás je.

PROFIL

Ludvík Souček

– muž s okřídleným mozkiem

Ludvík Souček zemřel před bezmála pětaticeti lety, jeho smrt však dodnes pro mnoho lidí neztratila příchut' záhady. Příznivci Součkových vědeckofantastických příběhů dosud nedospěli k dohodě, zda předčasně zesnulého autora přenesli mimozemšťané do jiné dimenze časoprostoru, či skonali-li v důsledku důmyslné vraždy naplánované některou z vlivných světových tajných služeb. Skutečnost je poněkud méně romantická. S maximální dávkou fantazie lze v tomto případě – s ohledem na bohémský životní styl, jehož fatální zdravotní následky musel Ludvík Souček jako lékař předvídat – hovořit nanejvýš o pomalé sebevraždě.

Budoucí spisovatel se narodil 17. května 1926 v rodinně úředníka na pražském Smíchově. Jako jedináčka jej odjakživa obklopovala snad až příliš starostlivá péče matky, která byla v domácnosti. Už v dětství si proto malý Ludvík vypěstoval nezdravé návyky (nechuť k pohybu a enormní lásku k dobrému jídlu), kterých se do konce života nedokázal zbavit.

Již během školních let trpěl výraznou nadváhou, pro kterou se v dětském kolektivu stával terčem posměchu a šikany. Paradoxně právě šikana však nakonec žáku Součkovi užitek přinesla – kvůli ní se rozhodl, že nemůže-li mezi svými vrstevníky vyniknout ve sportu a pohybu, získá převahu na intelektuálním poli. Začal číst a stal se čtenářem velmi náruživým. Ve vášni pro literaturu jej podporoval i strýc Ludvík, knihkupec, jemuž chlapec (leccdy ke své nelibosti) musel pomáhat v obchodě, ale jenž byl pro svého synovce rovněž nevysychajícím zdrojem zajímavého čtiva.

Když mu bylo dvanáct, vypukla 2. světová válka. Její větší část přečkal na bubenečském gymnáziu. Na popud své matky v té době navštěvoval Kuratorium pro výchovu mládeže, protektorátní mládežnickou organizaci vedenou v duchu nacionálněsocialistické ideologie. Roku 1944, když dosáhl plnoletosti, musel studium přerušit a byl totálně nasazen do ČKD v pražské Libni. Aktivně se pak zúčastnil Pražského povstání, a ačkoli byl zraněn, pár týdnů po osvobození zdárně odmaturoval.

Úspěšná kariéra dentisty Součka

V září 1945 zahájil studium stomatologie na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a měl výborný prospěch. O rok později začal při studiu publikovat první články v časopisech a v roce 1947 jej spolužáci díky nespornému literárnímu nadání zvolili šéfredaktorem studentského časopisu Skalpel.

Při studiu od roku 1948 docházel na II. zubní kliniku prof. Františka Neuwirta – nejprve jako volontér, poté jako pomocná vědecká síla a po promoci v září 1951 zde již zůstal jako sekundární lékař. Žádost o vědeckou aspiranturu, kterou ve stejném roce podal a podepřel 9 odbornými publikacemi i doporučením od samotného profesora Neuwirta, sice byla zamítnuta, na počátku roku 1952 však již na klinice zastával pozici plnohodnotného odborného asistenta. O rok později, ve svých 27 letech, se na čas stal dokonce vedoucím lékařem parodontologického oddělení.

Komunista bez přesvědčení

Už roku 1945 Ludvík Souček, spolu s oběma rodiči, vstoupil do komunistické strany. Co jej k tomu vedlo, není zcela zřejmé. V té době byl praktikujícím katolíkem, a až od víry později odpadl, v jeho tvorbě se i nadále objevovaly motivy s náboženským podtextem i rozporuplné pocity z praktického fungování komunismu.

Životopisci se mohou pouze dohadovat, zda vstup Součkových do KSČ byl předvídatelným politickým krokem rodiny, jejíž štít za války nezůstal bez poskvrny, nebo zda Ludvík alespoň zpočátku sdílel komunistické ideály, které, jak sám později uvedl, v prvních letech ve straně vnímal. Nadšeným „budovatelem nového řádu“ však nebyl a nejpozději počátkem 50. let si byl vědom, že členství v KSČ může vhodně posloužit také při budování vlastní kariéry.

V době, kdy pracoval na klinice profesora Neuwirta, také přednášel na lékařské fakultě a spolupracoval na přípravě skript. Jeho snaha publikovat se zpočátku soustředila na odborné časopisy, postupně však sílila záliba v psaní beletrie.

Korejské intermezzo

Navzdory slibně nastartované lékařské kariéře Ludvík Souček počátkem roku 1954 vstoupil do ar-



Ludvík Souček

mády. Jako v předchozím případě, i zde lze jen hádat, co jej přimělo obléknout uniformu. Obecně se má za to, že vyslyšel výzvu komunistické strany. Jako čestný důstojník byl ihned umístěn jako asistent zubního oddělení do Ústřední vojenské nemocnice v Praze-Střešovicích.

V květnu 1954 začala další etapa jeho lékařské kariéry. Odecestoval do Koreje, která se vzpamatovávala z právě skončené války, jako jeden ze členů čs. delegace v Dozorčí komisi neutrálních států. V Asii setrval do konce března 1955, z toho v Koreji strávil téměř 9 měsíců. „V Koreji je Ludvík Souček přidělen jako zubař na ošetřovnu tábora v Panmundžonu,“ popisuje asijské angažmá Luboš Y. Koláček, jeden z jeho životopisců, „ale pracuje i na stomatologickém oddělení čs. civilní nemocnice v Čondžinu, která má na starosti provoz dalších šesti detašovaných pracovišť poblíž čínských a sovětských hranic na severu Koreje.“ V Koreji se u Součka poprvé projevil zdravotní problém. Onemocněl malárií a začal trpět mani-depresivními stavy, jež opakovaně řešil vysokými dávkami alkoholu. Zpět do Prahy se v roce 1955 vrátil ve zbitém stavu.

Součkovo korejské působení se v 80. letech stalo předmětem emotivních debat. Spisovatel byl nař-

čen, že se v Koreji podílel na nehumánních lékařských pokusech prováděných pod sovětskou taktovkou na amerických a korejských zajatcích. Podkladem nařčení bylo svědectví generála Jana Šejny, jenž počátkem roku 1968 v obavě před trestním stíháním emigroval do USA, kde o údajných tajných výzkumech vypovídal. Šejna sám Součkovo jméno nikdy neuvlel, avšak časová a místní shoda s jeho korejským pobytem zavdala podnět ke spekulacím, proti nimž se spisovatel již nebyl schopen z hrobu hájit.

Doktor s příliš velkým tělem

Po návratu z Koreje Ludvík Souček roku 1955 nastoupil jako asistent zubního oddělení na detašovaném pracovišti ÚVN, ve Fučíkových kasárnách v Praze. Působil tu jen krátce, po šesti měsících se vrátil na stomatologii do střešovické nemocnice, kde zůstal deset let. Jaký byl Ludvík Souček lékař? Zprvce objemný. Při svých 140 kilogramech živé hmotnosti se potýkal s potížemi, už když se potřeboval k pacientovi dostatečně přiblížit. Luboš Koláček v životopisné knize o spisovateli anonymně cituje několik jeho tehdejších kolegů z ÚVN. „Souček byl radovým lékařem a normálně sloužil bez jakýchkoli zvláštních ambicí,“ uvádí jeden.

K pacientům se prý choval slušně, avšak bohémská povaha jej táhla více ke studiu a psaní než k přízemním technickým záležitostem, jako bylo třeba olejování zubařské vrtačky. V práci nebyl příliš iniciativní, ale v rozhodných okamžicích uměl prokázat odhodlání a organizační schopnost – například když bylo zapotřebí sehnat nedostatečný zdravotnický materiál, vzal si to za své, „ve státním zájmu“ ostatní žadatele předešel a vše obstaral.

Jako jeden z mála piščíků českých lékařů Souček nakonec opustil medicínu úplně a oddal se výhradně literatuře. Špatným dentistou však

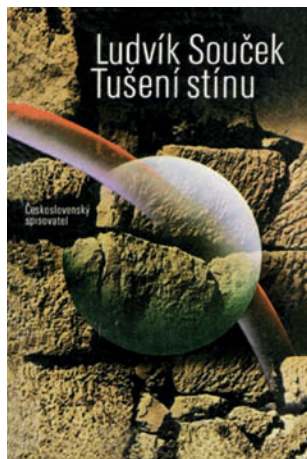
bezesporně nebyl – mezi pacienty, jimž spravoval zuby, patřili i někteří tehdejší prominenti, například generál Ludvík Svoboda či ministr obrany Martin Džur. Součkův odchod z lékařské profese byl urychlen jeho špatným zdravotním stavem. Roku 1965 jej zdravotní komise shledala „nezpůsobivým k fyzicky náročnému povolání stomatologa“ a armáda se rozhodla využít jeho znalostí v politické sféře.

Setkání na kolonádě

Následky korejské malárie, deprese, chronické onemocnění jater a zažívacího traktu – to vše byly důvody, které 29letého Součka přivedly poprvé do lázní. Léčil se pak ještě mnohokrát, v Mariánských Lázních prožil řadu měsíců svého krátkého života.

Už první pobyt v Karlových Varech na jaře 1955 však natrvalo ovlivnil celou jeho budoucnost. Na kolonádě potkal o čtyři roky mladší Dagmar Volemanovou, s níž se po několikaměsíční známosti oženil a která se stala nejen jeho první čtenářkou, ale zejména celoživotní adorovanou láskou. „Bez Tebe bych dnes nebyl rošťák a spisovatel,“ napsal jí v srpnu 1963 z lázní, „ale jeden ze tří presentantů možných alternativ: 1/ delirantní alkoholik, trvale uzavřený v sanatoriu, s očima upřenými na houf bílých myšek, 2/ na všechno kašlající doktor někde v Jincích nebo kdekoli, spokojený, že má od všeho pokoj, a zahnívajícím ve vlastní šťávě, 3/ ambiciózní oficír, hlídající si postup, udávající a snažící se o intriky.“

Manželka Dáša hrála v Součkově životě důležitou úlohu nejen po stránce citové. Jako armádní důstojník měl zakázáno cestovat na Západ. Na cesty po světě proto vysílal svou životní družku, která mu odtud na oplátku vozila nedostupné cizojazyčné knihy, fotografie a další podkladový materiál. Byla také zapisovatelkou četných manželových knih. „V té době pracoval v ÚVN, odkud se domů vracel o půl páté,“ vzpomínala Dagmar Souč-



ková, „převlékl se z uniformy do pohodlného domácího oděvu vedle v pracovně, chodil sem a tam – a z hlavy mi diktoval.“ Vědeckofantastickou mystifikaci „Cesta slepých ptáků“ (1964), která mu vynesla prestižní literární ocenění, takto napsal za dva týdny.

Výlety do světa fantazie

Čím více Ludvíka Součka omezovalo jeho objemné tělo a rostoucí rejstřík nemocí, tím obratnější dokázal vysílat svou mysl na výlety do říše fantazie. Zůstaly za ním stovky článků v časopisech a na čtyři desítky knih pro děti i dospělé, naučných i beletristických. Čtenář, jenž by Součkovo dílo systematicky četl, zjistí, že navzdory neiniciativnímu přístupu k práci dentisty měl autor k medicíně velmi silnou vazbu. Lékař je klíčovou postavou řady Součkových textů. Například v povídce „Desetioký“ vydané v souboru „Bratři Černé planety“ (1969) anglický lékař Henry Elwes odhaluje tajemství sněžného muže, zatímco doktor Paul Contest v titulní povídce sbírky „Hippokratův slib“ (1985) sklízí následky neetických biologických pokusů, na nichž se podílel. Souček prakticky nikdy nehledal hranici mezi všedními, nebo dokonce podprůměrnými lidmi. Všechny jeho literární postavy jsou nadány vysokým intelektem, odbornými zna-

lostmi a neutuchajícím zájmem o vše, co se kolem děje. Dokonce i objev mimozemské civilizace na Marsu je v Součkově podání důsledkem lékařské náhody – záněceného apendixu, díky kterému se setkají český a islandský doktor s nadšením pro verneovky.

To, že medicínu zažívá a vnímá i z druhé strany, dokumentuje Souček v jiných svých pracích. Vozíčkář Martin Anděl ve dvou detektivních novelách, vydaných pod názvem „Případ ztraceného suchooplavce“ (1968), do jisté míry kopíruje spisovatelův osud – i on je v důsledku svého handicapu připoután na místě a potřebuje další postavy, aby fakty a údaje sytily jeho analytický mozek. Svě obavy o zdraví a předtuchu vlastního konce Souček odhalil v povídce „Operace Kili“, kde symbolicky nechává hlavního hrdinu zemřít na infarkt právě v okamžiku, kdy vrcholí výbuch sopky. A když na konci 60. let rozepsal novelu „Železo přichází z hvězd“, kde život kardiaka na pokraji smrti zachránil zázračný přístroj z vesmíru, nespíš již tušil, že také on bude brzy toužit po nadpozemském uzdravujícím aparátu, který by mu – při tehdejší nedostupnosti bypassů – dal šanci na delší život.

Srdce jako puklý zvon

První infarkt dostihl Ludvíka Součka na Kozích hřbetech. Bylo mu 36 let. „Nepiju, denně odpovídám a srdce se zatím neozvalo, dobráček“, napsal v srpnu 1962 z lázní ženě. „Dobráček“ srdce vydrželo ještě dalších sedm infarktů a teprve ten v pořadí devátý v prosinci 1978 už nepřekonal.

Z bohaté korespondence lze vyčíst, že Souček nepatřil mezi disciplinované pacienty. Zatímco na seznamu jeho chorob se vedle ischemické choroby srdeční, problémů se zažíváním, jaterních nemocí a neuróz časem objevila také cukrovka, on nadále kouřil 40 cigaret denně a hodně pil.

Sklony k nadměrnému požívání alkoholu lze u Součka pozorovat už před třicátkou. Naplno však propukly až po roce 1971, kdy byl propuštěn z armády a nastoupil do armádního vysílání Československé televize a poté do nakladatelství Albatros. Pil především červené víno, už v 60. letech nebylo neobvyklé, když za odpoledne „vytáhl“ dva nebo tři litry. Nebyl osamělý pijan, vyhledával společnost. V letech 1972 až 1976 trávil prakticky každé odpoledne v Mělnické vinárně na pražské Národní třídě, pár kroků od nakladatelství, kde pracoval. Pro své rozsáhlé znalosti a schopnost bavit ostatní byl i vyhledávaným společníkem. Během

70. let se jeho tolerance vůči alkoholu začala snižovat, na rozdíl od typických alkoholiků však pít Součekovi nikdy nebránilo v práci. Jeho intelekt zůstal až do smrti nedotčen, naopak spisovatel tvrdil, že z vína čerpá inspiraci a velkou část svých prací napsal či nadiktoval pod jeho vlivem.

Jedlík a workoholik

Dalším rizikovým faktorem byla Součkova obezita. Jeho váha se po většinu jeho dospělého života pohybovala v rozmezí od 140 do 150 kg, krátce před smrtí dokonce vážil 162 kg. Ani v lázeňském režimu se mu nedařilo hmotnost snížit. „Málo kouřím, ale na druhou stranu si musím tak jednou denně přikoupit něco k jídlu“, píše nemocný muž manželce. „Tak jsem si koupil jeden kus smaženého filletu a biskupský chlebiček a polovinu jsem ho sežral na lavičce na kolonádě jak hyena.“

Úspěšně zhubl pouze na podzim 1968, váhový úbytek však nebyl výsledkem cílené změny stravovacích návyků, nýbrž důsledkem

morálního znechucení a stresu po srpnové invazi. Souček těžce nesl politickou likvidaci generála Prchlíka, dlouholetého přítele a náčelníka hlavní politické správy, jemuž od roku 1964 dělal poradce. Během krátké doby ztratil 20 kg, ale mělo to na něj tak devastující účinky, že musel opět odjet do lázní. „Ještě nikdy mi nebylo duševně a mravně a z toho všeho i fyzicky tak bídně jako teď“, napsal ženě. „Ne z alkoholu, neměj obavy, hrozně rád bych se tu a tam alespoň na chvíli alkoholem odreagoval, ale mám takovou gastritidu, že nemohu ani jíst, natož pít a nespím celé noci, ruce se mi třesou jako staříkovi.“

Vztah k psaní měl Ludvík Souček takový, že by dnes byl označován za workoholika. Byl velmi produktivní, své texty přímo chrlil jeden za druhým. Ani v lázních nepřestával pracovat. Psal, jak sám tvrdí, „od pěti od rána, kdy vstávám a opravuji porci z minulého dne, až do osmi do večera, kdy z lásky ke spolupracům přestávám tukat. Já bez práce nevydržím.“ Nepřestal

s psaním, ani když roku 1976 odešel do invalidního důchodu.

Poslední záhada

Jako nemálo lékařů také Ludvík Souček své zdraví zanedbával a zdravotní potíže zlehčoval. Na podzim 1978 měl silné bolesti v nohou a prakticky přestal chodit. Bolesti v zádech odbýval, přestože mohly signalizovat další nebezpečný útok na jeho srdce. Polykal mnoho prášků, které si jako lékař dokázal snadno obstarat. „Jsem lékař a tak sám vím, co si mám vzít a co mám dělat“, říkal. Navzdory fámám zemřel král vědeckofantastických příběhů ve své posteli v Podskalské ulici. V noci ze 26. na 27. prosince sopka jeho srdce definitivně vybuchla. Odešel ve chvíli, kdy se chystala k vydání jeho poslední dokončená kniha „Tušení světla“. Rukopis po autorově smrti hledala i policie, nikdy se však nenašel. Co se s ním stalo? Alespoň tuto záhadu nám po sobě Ludvík Souček, jak se na správného mystifikátora sluší, zanechal.

Martina Řehořová

Zemřela docentka Helena Zavázalová

Doc. MUDr. Helena Zavázalová, CSC., pracovala v Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni již od své promoce. Od počátku se projevil její pedagogické a vědecké schopnosti, snaha celoživotně se vzdělávat a být v kontaktu s praxí a veřejností.

Tématem její kandidátské práce byla incidence invalidity a její příčiny u pracovníků Škodových závodů. Pak se začala intenzivně zajímat o zdravotně-sociální problematiku osob vyššího věku. Data z Ústavu sociálního lékařství jsou uznávána odborníky v oborech gerontologie a geriatry jako jedinečná v republice a jsou na konferencích často citována. Informující o životě osob vyššího věku a jejich problémech a jsou využívána pro praxi a zabezpečení péče o seniory.

V roce 1988 byla jmenována docentkou. Snažila se však stále udržovat kontakt s praktickou medicínou. Složila specializační zkoušku z interny a také ze všeobecného lékařství. Určitý čas dokonce byla závodní lékařkou pracovníků lékařské fakulty, empatická, ochotná naslouchat problémům pacientů, studentů i spolupracovníků. Pracovala také jako posudková lékařka a v komisi, která řešila etické problémy. Všechny tyto pracovní aktivity rozvíjely její schopnosti pedagogické a vědecké, zasloužila se o prestiž ústavu v rámci oboru sociálního lékařství a veřejné zdravotnictví doma i v zahraničí.

Od roku 1990 byla vedoucí Ústavu sociálního lékařství. Díky celoživotnímu vzdělávání uměla hodnotit zdraví a nemoc z celostního pohledu zkušeného lékaře a s ohledem na sociální podmínky. Celostnímu pohledu na nemocného člověka učila také studenty. Stále se snažila o propojení činnosti ústavu s medicínskou a sociální praxí a životem v regionu.

Díky dlouhému období, kdy pracovala ve funkci proděkaneky pro výuku LF, si ještě více osvojila práci se studenty i mimo výuku sociálního lékařství. Ti k ní měli velkou důvěru, často ji žádali o radu v obtížných osobních, studijních i jiných tíživých životních situacích. V roce 1993 byla její iniciativy založeno Středisko služeb pro studenty, kteří zde mohou získat informace a pomoc. Byla dlouholetou členkou vědecké rady fakulty, dlouhodobě též aktivně pracovala v akademického senátu fakulty.

Byla zakládající členkou občanského sdružení Soužití 2000, jehož cílem je pomáhat zlepšit kvalitu života osob vyššího věku v domácím prostředí i v institucích v Plzni. Vedla Univerzitu třetího věku, pro její absolventy založila Akademii třetího věku a Klub aktivního stáří při LF UK v Plzni. Byla řešitelkou mnoha grantů, jež pomohly zejména k inovaci výuky, zlepšení vybavení pracoviště či rozvoji a podpoře U3V. Pod jejím vedením se studenti nejen podíleli na studentské vědecké činnosti, ale i pomáhali v rámci pečovatelské služby starým



lidem v domácnostech jako dobrovolníci. Také tradiční Plzeňské postgraduální dny ČLS JEP byly pořádány pod záštitou ústavu za jejího organizačního vedení a zabezpečení.

Většina pracovníků fakulty paní docentku znala a vážila si její přímosti, upřímnosti a přátelského chování. Nezkazila žádnou legraci, uměla naslouchat, měla snahu chápat problémy druhých a pomoci jim je řešit. Její kolegové si velmi vážili klidné a přátelské atmosféry na pracovišti, kterou uměla vytvořit. Věděli, že je ochotna předávat informace, nevystupuje z pozice nekompromisního šéfa, ale snaží se o nastolení důvěry, týmové práce a spolupráce ve věcech studijních i vědecko-výzkumných. Byla příkladem v zapojení se do práce na fakultě i mimo ni, ale i v osobním životě.

výbor České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP spolupracovníci z Ústavu sociálního lékařství LF UK Plzeň

ZE SPOLEČNOSTI

Doktorfest 2013

– setkání umělců s titulem MUDr.

Lékaři v roli účinkujících, porotců a ve značné míře i návštěvníků. Tak by bylo možné stručně charakterizovat dvoudenní kulturní akci, která svou náplní pravděpodobně nemá ve světě obdoby. „Doktorfest 2013“, první ročník multižánrového festivalu, na němž mohli lékaři z celé republiky předvést své umělecké výkony, proběhl ve dnech 24. a 25. května v areálu Písecké brány nedaleko Pražského hradu a stal se především pestrou hudební přehlídkou.

Festival byl zahájen pátečním slavnostním večerem v decentním stylu. Programem ne náhodou provázal Pavel Kříž – v Česku proslul jako herec, po své emigraci však v kanadském Vancouveru vystudoval a krátký čas také provozoval fyzioterapii. Potleskem přivítalo publikum nejen pořadatele festivalu a starostku městské části Praha 6 Marii Kousalíkovou, ale zejména Bohuslava Svobodu, který ještě jako pražský primátor přijal nad Doktorfestem záštitu. Jelikož byl v den zahájení festivalu z funkce odvolán, dorazil v doprovodu malého synka alespoň jako uměnímilovný lékař a otec.

„Svět medicíny a svět umění jsou dva světy, které mám celoživotně rád, jsou to mé dvě velké vášně,“ přiznal exprimátor, „celý svůj život vidím, že ty dvě věci patří dohromady, a celý svůj život lituji, že nemám žádný umělecký předpoklad.“

Klavírní recitál, poezie, árie, obrazy, fotografie...

Jako první host večera vystoupil pražský neurochirurg docent Jaroslav Plas, který se představil jako klavírista. „Znám hodně doktorů, kteří jako koníčka mají určitou uměleckou činnost. K řemeslu, které děláme, je třeba mít psychiku nějak kompenzovanou,“ konstatoval.

Poezie byla zastoupena radioložkou FN Motol Lenkou Mrázkovou. K autorskému čtení paní doktorka vybrala několik ukázek ze své básnické prvotiny „Levný mozek“ vydané roku 2011 a neobvyklou zelenkavou barvu přebalu knihy komentovala slovy: „To je opravdu odstín jedné z chirurgických košil, kterou jsme našli na lále.“

Jako operní pěvkyně se představila praktická lékařka z příbramské oblastní nemocnice Karolína Ivkowská, v jejímž repertoáru lze vedle klasických árií nalézt také francouzské šansony, ukázky z muzikálů či moderní písně.

Součástí úvodního večera byla rovněž vernisáž výstavy obrazů a fotografií autorů z řad lékařů. Svou malířskou tvorbu, inspirovanou z velké části malebnými jihočeskými městy, zde představil pražský chirurg Oldřich Pražan. Také oftalmolog Imran Zangi, kterého umělecké kruhy znají spíše jako vynikajícího hráče na perkuse, tentokrát vystavil své akvarely a dokázal, že je vskutku multižánrovou osobností. Mezi fotografickými exponáty převládaly černobílé snímky – emotivní velkoformátové akty představil hořovický anesteziolog Jiří Steinbach a fotografie z uplynulých tří let opět MUDr. Lenka Mrázková.

Soutěžní přehlídka s nepřízní počasí

Před sobotní soutěžní přehlídkou hudebních skupin pořadatelé s obavou hleděli k nebi. Sázka na poslední květnový víkend letos nebyla sázkou na jistotu



Vedoucí lékař dětské sonografie FN Motol a zpěvák rockové skupiny Bílá nemoc Zdeněk Hříbal byl jedním z autorů myšlenky „Doktorfestu“. Navzdory nepřízní počasí jej neopouštěl optimismus.



Herec a fyzioterapeut Pavel Kříž s bývalým pražským primátorem Bohuslavem Svobodou, jenž vyjádřil lítost nad tím, že sám nepatří mezi lékaře s uměleckými vlohami.



Pražský neurochirurg Jaroslav Plas se představil klavírním recitálem.



Jedním ze čtyř členů souboru Kokeš Jazz Trio je primář spinální jednotky v Motole a hráč na čtyři nástroje Jiří Kříž.



Černobílé akty hořovického anesteziologa Jiřího Steinbacha se těšily velké pozornosti.



Příbramská lékařka Karolína Ivksovská se opernímu zpěvu učila u slovenské sopranistky světového formátu Magdalény Hajóssyové.

a meteorologická předpověď, která slibovala silný déšť a teplotu nanejvýš 14 stupňů, se beze zbytku naplnila. „Čekám velkou invazi doktorů,“ tvrdil navzdory nepříznivému počasí, frontman rockové skupiny Bílá nemoc a spoluautor nápadu uspořádat tento festival MUDr. Zdeněk Hříbal. Optimismus neztratil ani půl hodiny po ohlášeném začátku soutěžní přehlídky, kdy bylo v areálu Písecké brány možné počítat diváky na prstech a s prvními tóny prvního hudebního soutěžícího začínalo pršet.

Během celodenní přehlídky se na dvou pódii, umístěných z obou stran Písecké brány, vystřídalo celkem jedenáct kapel. Jejich názvy jako např. Lazareth, B.LUES či Školení sester nenechaly nikoho na pochybách, co že je vlastně hlavní profesí vystupujících hudebníků.

Přestože se nakonec invaze bílých pláště nekonala, své diváky si bě-

hem dne „Doktorfest 2013“ přece jen našel. Doktora Hříbala, doufejme, před zklamáním uchránila první cena, kterou si spolu se svým souborem Bílá nemoc odnesl ze soutěžní přehlídky. Druhou příčku obsadila nová skupina Imrana Zangiho, kterou pod názvem Bratři v rytmu na Doktorfestu takto představil veřejnosti. Třetí cenu porota, v níž měl lékařský stav také své početné zastoupení, přisoudila skupině Dick O'Brass, patřící mezi přední české protagonisty keltského rocku.

Je jistě předčasně hovořit již nyní o druhém ročníku Doktorfestu. Uskutečnil-li se, jak pořadatelé předem slibovali všem lékařům, jejichž vystoupení se do letošního programu nevešla, věřme, že bude mít stejně dobrou ruku při výběru účinkujících a trochu větší štěstí na počasí.

Martina Řehořová



Chirurgovi Oldřichu Pražanovi malování jihočeských motivů pomohlo vyrovnat se s vlastní zákeřnou chorobou.

Mladá fronta a. s.
podporuje
Člověka v tísní



S-O-S

ČLOVĚK V TÍSNĚ
ČESKÁ REPUBLIKA

POVODNĚ 2013

Pomozte s námi lidem zasaženým povodněmi!

ZAŠLETE DAR NA: **72027202/0300**

NEBO ZAŠLETE DMS VE TVARU:

„DMS SOSPOVODNE“ NA ČÍSLO 87 777

Cena DMS je 30 Kč, příjemce vaší pomoci obdrží 27 Kč.

www.clovekvtisni.cz

ZE SPOLEČNOSTI

Prezident jmenoval nové profesory

Prezident republiky Miloš Zeman jmenoval 11. června 2013 ve Velké aule Karolina na návrh vědeckých a uměleckých rad vysokých škol 65 nových profesorů vysokých škol. Opět je mezi nimi řada lékařů a dalších odborníků v souvisejících biomedicínských oborech.

• Na návrh Vědecké rady Univerzity Karlovy v Praze byli jmenováni: Pavla Doležalová (pro obor pediatrie), Jiří Ferda (radiologie), Jiří Gallo (ortopedie), Jan Harrer (kardiochirurgie), Vladimír Holáň (imunologie), Boris Kreuzberg (radiologie), Jan Malík (vnitřní nemoci), Jan Marek (vnitřní nemoci), Jaromír Mysliveček (lékařská fyziologie), Jan

Plzák (otorinolaryngologie), Stanislav Popelka (ortopedie), Emil Rudolf (lékařská biologie), Romana Ryšavá (vnitřní nemoci), Jiří Řehák (oční lékařství) a Antonín Šimůnek (stomatologie).

• Na návrh Vědecké rady Masarykovy univerzity v Brně byli jmenováni: Jaroslav Doležel (molekulární biologie a geneti-

ka), Vladimír Soška (vnitřní lékařství) a Michaela Wimmerová (biochemie).

• Na návrh Vědecké rady Univerzity Palackého v Olomouci byli jmenováni: Tomáš Adam (lékařská chemie a biochemie), Rudolf Psotta (kinantropologie) a Miloš Táborský (vnitřní nemoci).

(mč)

Bohdan Pomahač převzal na své alma mater čestný doktorát

Celosvětově proslulý plastický chirurg začátkem června na několik dní navštívil Olomouc. Akademická obec UP na jeho počest uspořádala akce, jejichž vyvrcholením bylo předání čestného doktorátu.

Univerzita Palackého udělila titul *doctor honoris causa* svému absolventovi a celosvětově uznávanému plastickému chirurgovi Bohdanu Pomahačovi. Čestný titul převzal vedoucí popáleninovo-traumatologického centra a týmu se specializací na transplantace obličeje na Brigham and Women's Hospital v Bostonu 6. června v Arcibiskupském paláci.

O den dříve veřejnost mohla zavítat na jeho přednášku „Rekonstrukce obličeje transplantací“ a akademické obci se představil prostřednictvím *talk show* ve velké posluchárně Teoretických ústavů Lékařské fakulty UP.

Bohdan Pomahač absolvoval obor všeobecné lékařství na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v roce 1996.

(red)



Bohdan Pomahač během brífinku na Univerzitě Palackého v Olomouci. | Foto: UP

Nominujte vědce a studenty na „Českou hlavu“

Do 30. června mohou jednotlivci či organizace nominovat své favority již 12. ročníku prestižního ocenění „Česká hlava“. Nominováni jsou jednotlivci z řad vědců, výzkumníků, techniků či studentů vysokých škol.

Národní cenu Vlády ČR uděluje svým usnesením vláda na základě doporučení Rady vlády pro výzkum, vývoj a inovace. Ostatní kategorie budou hodnoceny odbornou porotou složenou z vědců Akademie věd ČR a dalších vědeckých pracovišť. Laureáti si letos rozdělí téměř 2 miliony korun.

Letošní kategorie:

• Národní cena Vlády ČR za celoživotní přínos vědeckému oboru.

• Cena společnosti Kapsch za objev, patent či jiný mimořádný vědecký počin.

• Cena Nadačního fondu Česká hlava pro krajana, který se výrazně prosadil v oblasti vědy v zahraničí.

• Cena Ministerstva průmyslu a obchodu ČR za nejvýraznější technologickou nebo výrobovou inovaci.

• Cena ministra životního prostředí ČR za technologii či výrobek chránící životní prostředí.

• Cena ministra školství, mládeže a tělovýchovy ČR za nejlepší práci studenta doktorandského studijního programu.

• Cena Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za nejlepší práci studenta bakalářského nebo magisterského studijního programu.

Další informace: www.ceskahlava.cz

(red)

Slavnostní křest monografie „Všeobecné praktické lékařství“

Na konci května bylo v Akademickém klubu 1. LF UK pokřtěno další vydání učebnice, jejímiž autory jsou doc. MUDr. Bohumil Seifert, CSc., MUDr. Václav Beneš a doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Výuka v praktickém lékařství je oproti výuce v jiných lékařských oborech odlišná tím, že pracuje s již dříve sdělenými odbornými informacemi a získanými dovednostmi. Uvádí je do praxe a dává je do souvislostí tak, jak si to vyžaduje klinická situace. Proto vznikl před lety pokus zachytit tyto odliš-

nosti a zformulovat základní rysy oboru všeobecné praktické lékařství v České republice. Jehož výsledkem je učebnice, která v nakladatelství Galén nyní vychází ve druhém, přepracovaném a rozšířeném vydání. Jejím kmotrem při slavnostním křtu byl děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

(red)



Zleva doc. Seifert, prof. Šedo a doc. Býma. | Foto: Leoš Chodura

Vděk a úcta dárcům těl

29. května se konala již tradiční ekumenická bohoslužba za dárců těl pro studium anatomie. Pro mnohé z těchto zemřelých je to jediné rozloučení, kterého se jim vůbec dostane.

Zeď Anatomického ústavu 1. lékařské fakulty UK zdobí plastika „Thysie“ od Olbrama Zoubka. Slova pod ní připomínají, že anatomie je místem, kde zemřelí učí živé. Studenti a pedagogové z anatomického ústavu účastí na bohoslužbě po skončení pitevních cvičení právě touto cestou vyjadřují vděk a úctu dárcům těl. Ekumenickou bohoslužbu slo-

va sloužili v posluchárně anatomického ústavu bratr Zdeněk Susa za Českobratrskou církev evangelickou a bratr Josef Šplíchal, SDB, za Církev římskokatolickou. Poděkování za Anatomický ústav 1. LF UK pronesl jeho přednosta prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., a se slovy vděčnosti a díky vystoupili i zástupci studentů medicíny.

(red)

Pozvánka na konferenci MEDNET

Společnost MEDNET, hlavní zprostředkovatel zaměstnání v oblasti zdravotnictví v České republice, uspořádá v Praze ve dnech 25. a 26. června multioborovou konferenci pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Informace z oblasti legislativy a akreditačních standardů představí ředitel Spojené akreditační komise ČR MUDr. David Marx, Ph.D. Konference přinese také novinky z oblasti ošetrovatelské péče, diagnostiky, na návštěvníky čekají i multioborové přednášky. Během prvního dne budou moci účastníci konference diskutovat o tématech jako například intenzivní ošetrovatelská péče o chronické pacienty, ošetrovatelská péče na odděleních akutní péče,

anestezie a resuscitace. Druhý den budou pro návštěvníky připraveny přednášky z tematických bloků „Psychologie v ošetrovatelství a možnosti rozvoje“, „Legislativa a akreditační standardy“, „Alzheimerova choroba“ a „Diagnostika a praktické ukázky“. Účast na konferenci bude ohodnocena kredity ČAS. Akce proběhne v pražském Clarion Congress Hotelu. Podrobný program akce: www.mednet-international.eu

(red)

NOVÉ KNIHY

Ivo Šlapák a kol.
Dětská otorinolaryngologie

Rozsah: 336 stran
Cena: 680 Kč
ISBN: 978-80-204-2900-1
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

První komplexně pojatá monografie na toto téma v našem písemnictví představuje ucelený zdroj informací z oboru otorinolaryngologie se zřetelem na dětský věk pacienta. Autoři poukazují především na specifika onemocnění v jednotlivých fázích vývoje dítěte oproti dospělé populaci.

Na základě nejnovějších poznatků jsou přehledně popsány choroby, úrazy a vývojové vady v oblasti ucha, nosu a paranazálních dutin, dutiny ústní a slinných žláz, hltanu, hrtanu a měkkých tkání krku a rovněž poruchy hlasu i řeči, a to jak z hlediska jejich etiopatogeneze, diagnostiky a diferenciální diagnostiky, tak i z hlediska moderních léčebných postupů.

Čtenář zde nalezne též cenný přehled o současných možnostech diagnostiky a korekce poruch sluchu pomocí audioimplantátů, díky nimž se výrazně zvýšila možnost zařazení dětí s těžkými poruchami sluchu do běžného kolektivu. Závěrečná kapitola je pak věnována souvislostem spánkové medicíny a oboru ORL. Text je bohatě doplněn názornými

schémata, tabulkami, barevnými obrázky a fotografiemi.

Jaroslav Malý, Petr Kessler, Jaromír Gumulec, Alena Bulíková, Miroslav Penka, Radovan Malý, Petr Dulíček a kol.

Trendy v profylaxi žilní tromboembolické nemoci

Doporučené operační postupy pro prevenci žilní tromboembolické nemoci u rizikových pacientů – 2. vydání



Rozsah: 216 stran
Cena: 400 Kč
ISBN: 978-80-204-2878-3
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Záměrem autorů je představit současné názory na vyvíjející se směry v profylaxi žilní tromboembolické nemoci (TEN), přinést nové informace o její epidemiologii a poskytnout návod k omezení incidence TEN v různých klinických oborech nejen u hospitalizovaných nemocných, ale i po jejich propuštění do domácí péče. Doporučení vychází jak z g. konsenzu ACCP, tak z publikací a přednášek autorů statí, nepředstavují však pevný soubor norem, který by lékařům bránil v rozhodování v konkrétních klinických situacích.

Úvod publikace patří epidemiologii TEN, jakožto třetímu nejčastějšímu kardiovaskulárnímu onemocnění ve světě.

Další část je věnována některým novějším prostředkům k farmakoprophylaxi TEN. Přináší stručný přehled poznatků o nízkomolekulárních heparinech, pentasacharidech, přímých inhibitech trombinu a přímých inhibitech faktoru Xa. Samostatné kapitoly se zabývají profylaxi TEN v ortopedii, chirurgii, traumatologii, onkologii, gynekologii, porodnictví a vnitřním lékařství.

Zvláštní kapitoly se týkají léčebných opatření při krvácivých komplikacích v rámci léčby antitrombotiky a diagnostiky a léčby antifosfolipidového syndromu. Nově byla zařazena kapitola „Kavální filtr v prevenci plicní embolie“. V závěru knihy autoři shrnují poznatky o profylaxi TEN, krvácivých komplikacích po antitrombotikách a změnách v diagnostice antifosfolipidového syndromu ve formě doporučených operačních postupů.

Miloš Táborský a kol.
Fibrilace síní

Novinky v léčbě 2013



Rozsah: 208 stran
Cena: 410 Kč
ISBN: 978-80-904899-3-6
Vydavatel: Axonite

Management pacientů s fibrilací síní je jedním z nejdynamičtěji se vyvíjejících segmentů v současné kardiologii. Je to patrné i na vývoji a rychlé aktualizaci *guidelines* Evropské kardiologické společnosti (ESC), jež jsou nyní akceptovány v plném rozsahu i v České republice.

Knihy je tvořena celkem 18 originálními a recenzovanými sděleními, která se problematice fibrilace síní věnují ve všech zásadních oblastech. Jednotlivé kapitoly psali naši přední odborníci z oblasti kardiologie a poruch srdečního rytmu, klinické farmakologie, hematologie, neurologie a kardiologie.

Po úvodní části věnované epidemiologii fibrilace síní a faktorům zvyšujícím riziko jejího vzniku následuje unikátní kapitola, která zatím nebyla v monografiích v České republice zpracována – genetika fibrilace síní.

Po stati věnované echokardiografii u fibrilace síní je zařazeno 8 kapitol cílených na antikoagulační a antitrombotickou léčbu. Kromě přehledu zaměřeného na warfarin je zde pozornost soustředěna na nové látky – dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban – a na monitorování antikoagulační léčby.

Další sdělení jsou věnována uzavěru ouška levé síně, prevenci tromboembolie z pohledu neurologa, antiarytmické, chirurgické a katetrizace léčbě. Závěr tvoří kapitoly o přípravě nemocných k chirurgickým a intervenčním výkonům a krátký souhrn farmakoekonomiky léčby fibrilace síní. Kniha je doplněna schémata a obrázky.

Jana Šeblová, Jiří Knor a kol.
Urgentní medicína v klinické praxi lékaře

Rozsah: 416 stran
Cena: 699 Kč
ISBN: 978-80-247-4434-6
Vydavatel: Grada

Dvoubarevná komplexní publikace s 53 tabulkami a 106 obrázky (z toho 31 v barevné příloze) je určena lékařům urgentní medicíny a lékařům prvního kontaktu, kteří ve svých ambulancích nebo v ambulancích nemocnic ošetřují pacienty s nediferencovanými obtížemi. Je užitečná i pro studenty, záchranáře a pracovníky nelékařských oborů.

Salvador Minuchin
Rodina a rodinná terapie

Rozsah: 248 stran
Cena: 379 Kč
ISBN: 978-80-262-0371-1
Vydavatel: Portál

Jedna ze stěžejních knih zakladatele strukturální terapie, v níž jsou sebrány základní myšlenky tohoto směru rodinné terapie. Jádrem tvoří šest kapitol – transkripcí práce s jednotlivými rodinami, na nichž jsou ukázány základní problémy, doplněné autorovými komentáři.

Inzerce A131009050

Představujeme publikaci
Izotretinoin v praxi

Izotretinoin patří do první nearomatické generace retinoidů. Protože jako jediný působí na všechny hlavní etiopatogenetické faktory akné, je neúčinnějším prostředkem pro léčbu této velmi nepříjemné kožní choroby. Je-li užíván podle doporučených pravidel, je vysoce účinný a bezpečný, přesto má stále mnoho

lékařů obavy z léčby perorálním izotretinoinem. Právě proto byla napsána tato kniha, jež je praktickým návodem jak postupovat při léčbě pacientů s těžkými formami akné. V závěru je zmíněno užití izotretinoinu i u dalších chorob, především u lupénky a periorální dermatitidy.

Autorka: Zuzana Nevoralová

Doporučená cena 340 Kč

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



PRÁVNÍ PORADNA

Ukončení péče kvůli **harassmentu**

Jak máme ukončit péči o pacienta (vyřazení z evidence) kvůli jeho nevhodnému chování? Tento pacient při každé návštěvě, ale i při telefonických hovorech a prostřednictvím SMS obtěžuje lékařku i sestru sexuálními narážkami, často dosti hrubými... Poslední dobou to dokonce vypadá, že si zdravotní potíže vymýšlí, jen aby se mohl dožadovat ošetření a chovat se při něm popsáním způsobem. Víme, že odmítnout převzít pacienta do péče lze pouze v případě neúnosného pracovního zatížení lékaře a odmítnout péči o již registrovaného pacienta je legislativně prakticky nemožné. Přesto se domnívám, že od pacienta nemusíme strpět úplně všechno.



na dotazy odpovídá
Mgr. Lucie Neubertová

Právní úprava, obsažená v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, umožňuje poskytovateli zdravotních služeb ukončit péči o pacienta pouze tehdy, pokud nastanou skutečnosti uvedené v § 48 odst. 2 tohoto zákona. V daném případě by podle mého názoru přicházelo v úvahu použití ustanovení § 48 odst. 2 písm. d) tohoto zákona, podle kterého poskytovatel zdravotních služeb může ukončit péči o pacienta v případě, že pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se

neřídí vnitřním řádem poskytovatele zdravotních služeb a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem.

Vůle poskytovatele

Použití tohoto ustanovení však do značné míry závisí na konkrétním posouzení celého případu. Z dotazu není zcela zřejmé, v jakém oboru lékařství poskytujete pacientovi zdravotní služby, tudíž není možné posoudit, zda jeho chování s jeho zdravotním stavem souvisí, či nikoli. Dále by bylo nutné analyzovat vnitřní řád zařízení, ve kterém zdravotní služby poskytujete. Nicméně lze předpokládat, že tento řád obsahuje pořádková ustanovení, která upravují vztahy mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky a ukládají pacientům dodržovat povinnosti, jež jsou jim stanoveny zákonem. Mezi tyto povinnosti pacientů patří ve smyslu § 41

zákona o zdravotních službách povinnost dodržovat vnitřní řád zdravotnického zařízení a pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

Podle zákona důvody k odmítnutí přijetí do péče nebo k jejímu ukončení posuzuje poskytovatel zdravotních služeb, který podle § 48 odst. 5 zákona o zdravotních službách vydá pacientovi zprávu, v níž musí být uveden důvod odmítnutí nebo ukončení poskytování zdravotních služeb.

Ceník výkonů v ordinaci

Musím ve své ordinaci vyvěsit ceník výkonů, které nejsou hrazené pojišťovnou? Nakolik přesně musejí být výkony vymezené – mám ke specifikaci použít nějakou vyhlášku, aby bylo vše podle práva a pacienti si nemohli stěžovat, že nebyli předem upozorněni?

Poskytovatel zdravotních služeb je podle § 45 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, povinen zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehraných

a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit jej tak, aby tento seznam byl přístupný pacientům. Zákon blíže nespecifikuje, jaké místo je považováno za dostatečně přístupné pro pacienty, lze však dovozovat, že čekárna ordinace je pro umístění seznamu cen dostatečně vhodným místem, neboť pacient má možnost seznámit se s cenou nehraných úkonů ještě před vstupem do ordinace. Náležitosti takového seznamu cen nejsou právními předpisy stanoveny, nicméně v rámci specifikace jednotlivých výkonů se

doporučuje vycházet z přílohy č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která obsahuje seznam zdravotních výkonů nehraných ze zdravotního pojištění nebo hrazených jen za určitých podmínek.

Pro úplnost je třeba uvést, že porušení povinnosti umístit seznam cen poskytovaných zdravotních služeb tak, aby byl přístupný pacientům, je správním deliktem podle § 117 odst. 1 písm. p) zákona o zdravotních službách, za který může být poskytovateli zdravotních služeb uložena pokuta až do výše 50 tisíc korun.

ilustrace foto: Shutterstock

**Rtg přístroj v zubní ordinaci pro LSPP**

Je nutné, aby stomatologické pracoviště, které výlučně zajišťuje lékařskou službu první pomoci, bylo vybavené rentgenem?



odpovídá
Mgr. Marie Šubertová

Na tento dotaz se vztahuje platná vyhláška č. 92/2012 Sb.,

o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, která je prováděcím předpisem k zákonu

č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, stanovujícím mimo jiné také požadavky na vybavení pracoviště specializovaného na zubní lékařství. Mezi toto vybavení patří také stabilní zubní rtg přístroj a zařízení pro vyvolávání snímků nebo digi-

tální systém, pokud není vyšetření zubním rtg přístrojem zajištěno na jiném pracovišti zdravotnického zařízení nebo smluvně ve zdravotnickém zařízení jiného poskytovate-

tele v témž objektu po celou dobu ordinčních hodin.

Lze učinit závěr, že se výše zmíněné ustanovení vyhlášky vztahuje na jakékoli stomatologické pracoviště, tudíž i na ta, jež zajišťují lékařskou službu první pomoci v oblasti stomatologie. Tato pracoviště musejí být vybavena rtg přístrojem jen tehdy, pokud není vyšetření rtg přístrojem zajištěno na jiném pracovišti zdravotnického zařízení nebo smluvně ve zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele v témž objektu po celou dobu ordinčních hodin.

Výše odškodnění v mediálním řízení

Může pacient získat pomocí mediace stejně vysokou částku, jakou by vysoudil po podání žaloby?



odpovídá
JUDr. Klára Trnková

Mediace je způsob mimosoudního řešení sporu například mezi pacientem a zdravot-

nickým zařízením, při němž bude na rozdíl od soudního řízení zachována důvěrnost projednávaných informací. Mediace je prováděna neveřejně za účasti mediátora, který je nestrannou a nezaujatou osobou. Mediátor má za úkol najít pro obě strany uspokojivé řešení sporu.

V případě, kdy pacient chce prostřednictvím mediace řešit spor, ve kterém je účastníkem veřejné

zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je orgán státní správy nebo samosprávy, je třeba brát ohled na skutečnost, že hospodaření takového zdravotnického zařízení podléhá veřejné kontrole. Aby bylo hospo-

daření zdravotnického zařízení ze strany kontrolních orgánů shledáno jako účelné, měla by být částka získaná pomocí mediace zřejmě o něco nižší než částka potenciálně přiznaná pacientovi rozhodnutím soudu. V případech, kdy pacient požaduje vyplacení vysoké částky, zdravotnická zařízení v praxi z důvodu obhajitelnosti před kontrolními orgány trvají na tom, aby o výši škody rozhodl soud.

Zajímavé www stránky

– chronický únavový syndrom

Diagnostika chronického únavového syndromu je složitá zejména s ohledem na široké spektrum klinických příznaků a limitované možnosti vyšetřovacích metod. Přesto je dobré toto onemocnění znát, neboť jeho incidence narůstá a socio-ekonomické dopady mohou být značné. Etiologie onemocnění není zcela jasná, může jít o kombinaci řady faktorů – infekčních, imunologických a psychogenních.

CFIDS Association of America

www.cfids.org

Nezisková americká organizace, jejíž webový portál dnes představujeme jako první, prezentuje detaily chronického únavového syndromu široké veřejnosti i odborníkům ve zdravotnictví, čímž usnadňuje časnější diagnostiku tohoto onemocnění a tím také možnost brzkého zahájení adekvátní terapie.

Čtenáři zde najdou podrobný popis symptomů onemocnění, data o jeho prevalenci a informace o možnostech diagnostického



procesu a pochopitelně i léčby. Dále jsou na těchto stránkách shromažďovány užitečné webové odkazy, kde lze nalézt další související informace.

Chronic Fatigue Syndrome

www.cdc.gov/cfs

Problematické chronického únavového syndromu se detailně věnuje i americký portál Center

pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). Autoři nabízejí přehled známých příčin onemocnění, jeho symptomů a diagnosticko-léčebných možností.

Association of Young People with ME

www.ayme.org.uk

Zkratka v názvu tohoto webu (ME) označuje pojem *myalgic encephalo-*

pathy, který je někdy používán jako synonymum k chronickému únavovému syndromu (i v češtině se někdy užívá myalgická encefalomyelitida).

Stránky této britské neziskové organizace jsou primárně určeny zájemcům o dopady onemocnění v mladém populaci pacientů. Podrobné údaje o onemocnění jsou vždy vztahy k mladým lidem, popsány jsou i studijní a sociální souvislosti.

National Alliance for Myalgic Encephalomyelitis

www.name-us.org

Obsah tohoto webu tvoří velmi podrobná pojednání o definici, přehledu symptomů a možnostech diagnosticko-terapeutických postupů u chronického únavového syndromu. Část webu je věnována i aktualitám z výzkumu a klinické praxe, informacím



z kongresů a dalších vzdělávacích akcí. Nechybí ani velmi detailní seznam dalších odkazů na zajímavé weby s podobnou tematikou.

The Organisation for Fatigue and Fibromyalgia Education and Research

www.offerutah.org

Stránky zabývající se problematikou únavového syndromu a fibromyalgie. Upozorňují zejména na přehled aktuálních i archívních článků s touto tematikou spojených v sekci „ENews“.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 12/2013

Séfredaktorka

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

Redakce

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

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

Editor/korektor
Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování
Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc, MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc, MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahos, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Polešný, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ
fax 225 276 444

group sales manager
František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzere
Ing. Alena Seidelová
tel. 225 276 341, 724 774 034
e-mail: seidelova@mf.cz



generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastel

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

art director
Petr Honzák

DTP
retuší Miloslav Pařík, Michal Šesták,
Zdeněk Němec, Libor Horyna, Milan Kubička,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING
ředitelka marketingu Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby
Soňa Starhová

manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mf.cz

výroba Monika Šnaidrová,
Renáta Cermáková, Michaela Mrázová

Vydává Mladá fronta a. s.,
sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz

adresa redakce:
Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis – předplatné,
Olšanská 38/9, 225 99 Praha 3
tel. 800 248 248,
e-mail: predplatne.mf@cpst.cz
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Višňovská 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 13. 6. 2013

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© Mladá fronta a. s., 2013
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Vedoucí lékař/lékařka

ŘEDITEL ÚSTAVU PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 – PODOLÍ

vypisuje výběrové řízení na místo vedoucího lékaře histopatologie-gynekopatologie.

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání příslušného směru s odpovídající atestací,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- schopnost vedoucí, organizační a manažerské činnosti,
- praxi alespoň 10 let,
- nástup ihned.

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení,
- nadprůměrné platové ohodnocení,
- možnost odborného a vědeckého rozvoje,
- sociální výhody,
- možnost pronájmu bytu 2 + kk.

Požadované dokumenty:

- přihláška k výběrovému řízení,
- životopis s přehledem profesní praxe,
- kopie dokladů o dosaženém vzdělání.

Písemné nabídky zasílejte do 2 týdnů od zveřejnění na adresu: Ústav pro péči o matku a dítě, sekretariát ředitele, Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4, e-mail: sekretariat@upmd.eu

ZDN A131008875

Volná místa

Vedoucí lékař/lékařka

KARDIA, S. R. O., nestátní zdravotnické zařízení se zaměřením na pracovní lékařskou péči v ambulantních ordinacích, hledá do svého týmu vedoucího lékaře závodní ordinace.

Místo výkonu práce: Ovčáry u Kolína

Požadujeme:

- atestaci v oboru všeobecné, praktické nebo tělovýchovné lékařství, RFM,
- manažerské schopnosti a praxi ve vedení lidí.

Nabízíme:

- zaměstnání na HPP,
- nadstandardní finanční ohodnocení,
- firemní benefity,
- odborně zajímavou práci.

V případě vašeho zájmu zašlete své CV na e-mail:

jobs@kardia.cz

Kontakt:

Mgr. Zuzana Trpáková, tel.: 724 535 282.

ZDN A131008956

Lékař/lékařka

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KARLOVARSKÉHO KRAJE přijme lékaře/lékařku.

Místo působení:

Karlovarský kraj (lékař/lékařka pro Sokolov, Cheb nebo Ostrov, oblast Mariánskolázeňska a Toužimská)

Požadujeme vzdělání naplňující vyhlášku č. 99/2012

Nabízíme:

- nadstandardní platové ohodnocení,

- směnný provoz,
- 30 dní dovolené,
- zaměstnanecké benefity,
- náborový příspěvek kraje.

Kontakt a informace: tel.: 353 362 570, e-mail: r.sykora@zachrankakv.cz

ZDN A131008961

Lékař/lékařka – koroner

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KARLOVARSKÉHO KRAJE přijme lékaře/lékařku – koronera.

Místo působení:

Karlovarský kraj

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost,
- řidičské oprávnění sk. B,
- pracovní dobu 15:30–07:00 hodin.

Nabízíme:

- služební vozidlo koronera,
- velmi zajímavé finanční ohodnocení.

Kontakt a informace:

tel.: 353 362 570, e-mail: r.sykora@zachrankakv.cz

ZDN A131008964

Chirurg

JESENICKÁ NEMOCNICE, SPOL. S R. O., přijme pro chirurgické oddělení lékaře s atestací nebo bez atestace.

Pracoviště má akreditaci pro obor všeobecné chirurgie a urgentní chirurgie.

Nabízíme dobré platové podmínky, byt a další zaměstnanecké výhody.

Kontakt: e-mail:

m.mrklovska@jesnem.cz, tel.: 603 827 265

– MUDr. Petr Krátký, primář chirurgického odd.

ZDN A131008776

Internista a revmatolog

DO MODERNĚ ZREKONSTRUOVANÉ ORDINACE V OSTRAVĚ přijmu lékaře internistu a revmatologa na částečný nebo plný úvazek.

Ordinace je vybavena zákrokovým sálkem, infuzní místností, ultrazvukovým přístrojem, TK Holterem, EKG, PC sítí, lékárna, RHB.



PERSONÁLNÍ INZERCE

Nově prosím pro příjem personální inzerce kontaktujte:

Ing. Alenu Seidelovou
tel.: 225 276 341, 724 774 034
e-mail: seidelova@mf.cz

Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Výhodné pracovní podmínky.

Ordinace je v centru města, blízko MNOF, parkování před objektem.

Kontakt:

tel.: 596 618 395, 602 519 218.

ZDN A131008358

Praktický lékař/lékařka

PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S., přijme praktického lékaře pro dospělé (možno i bez atestace, 2 roky praxe).

Nástup ihned.

Výhodné platové podmínky.

Bližší informace: e-mail:

info@prelouckapoliklinika.cz, tel.: 777 900 901 (vedoucí lékař).

ZDN A131008245

Gynekolog/gynekoložka

DO SOUKROMÉHO AMBULANTNÍHO ZAŘÍZENÍ V CENTRU PRAHY přijmeme gynekoložku/gynekologa.

Nabízíme výhodné platové podmínky, benefity a výhodnou pracovní dobu.

Kontakt:

tel.: 603 404 401, 224 912 242, 50.

ZDN A131008399

Praktický lékař/lékařka pro děti a dorost

NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V OLOMOUCI hledá praktického lékaře pro děti a dorost.

Požadujeme potřebné odborné vzdělání, schopnost samostatné práce. Nástup možný ihned, nabízíme výhodné platové a pracovní podmínky.

Kontakt: tel.: 603 851 231.

ZDN A131008308

Ostatní

Pronájem

PRONAJMU PROSTORY PRO ORDINACI LÉKAŘE V OSTRAVĚ. Prostory jsou v centru města, moderně zrekonstruované, vybavené PC sítí, ultrazvukem, EKG, TK Holterem, zákrokovým sálkem, infuzní místností. RHB, lékárna, bezbariérový přístup, blízko MNOF, parkování před objektem.

Výhodné podmínky, možnost pronájmu i na jednotlivé dny.

Kontakt:

tel.: 596 618 395, 602 519 218.

ZDN A131008362

Lázně Luhačovice a. s.

nabízí k pronájmu diabetologickou ambulanci

s jednodenním provozem, situovanou v lázeňském hotelu Palace.



Ambulance má registrováno necelých 600 klientů, cena za pronájem bude dohodnuta s případným zájemcem.



Kontaktní adresa:
MUDr. Jiří Hnátek
Hlavní lékař a. s.
Lázně Luhačovice
tel.: 577 681 102
e-mail:

hnatek@lazneluhacovice.cz

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

a získejte zdarma knihu Nejsem si jist ani rokem 2012



knih **Nejsem si jist ani rokem 2012**

Texty Milana Nováka spojují umění hutné analýzy i bryskní glosy, často okořeněné trefným sarkasmem, a k tomu schopnost zasadit fakta a události v českém zdravotnictví i politice do širšího kontextu – společenského, dějinného, zahraničního. Kniha zahrnuje nejen autorovy komentáře za rok 2012, publikované ve Zdravotnických novinách, ale i řadu „historických prostřihů“ za 11 let jeho publicistické aktivity, které ilustrují nadčasovost některých témat a neměnnost problémů i slepých uliček při jejich řešení.

Kompletní nabídka knih na knihka.cz

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 30. 6. 2013.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku předplatne.mf@cpost.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 0613**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0613**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jmeno, prijmeni, adresa, lekarska specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

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

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

Váš
profesionální
partner

Každý lékař v ČR
čte minimálně jeden
z titulů Mladé fronty,
Medical Services

MEDICAL
SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR