

# ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



13/2014

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 30. 6. 2014



## ODBORNÉ AKCE

Jaká je budoucnost české psychiatrické péče? X. sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP

STRANA 22



## PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Vladimíra Staňka, CSc., FESC, emeritního přednostu Kliniky kardiologie IKEM

STRANA 32



## LÉKAŘSKÉ LISTY

06/2014 – Hematologie  
Naleznete jako přílohu v tomto čísle



**MUDr. Michal Šetlík:**  
Zásah policie se týká bývalého vedení Homolky, od jehož činnosti se současné vedení důrazně distancuje.

## Konkurzy na ředitele čtyř přímo řízených organizací

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček vypsál konkurz na ředitele Nemocnice Na Homolce, Koordinačního střediska transplantací (KST), Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) a Fakultní nemocnice Plzeň.

Ministerstvo uzavře přihlášky 4. července.

O připravovaných změnách ve vedení Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) náš list informoval již v dubnu, kdy současný ředitel MOÚ profesor Jiří Vorlíček v dopise ministrově oznámil, že hodlá svůj post opustit s ohledem na svůj vysoký věk. Rezignovat hodlá den před nástupem nově zvoleného ředitele. Ministr Němeček jeho návrh vyslyšel a vy-

hlásil výběrové řízení. Ze stejného důvodu požádala o vypsání konkurzu na svůj post také ředitelka Fakultní nemocnice Plzeň Jaroslava Kunová, jež své působení zakončí během prázdnin.

### Ředitel Homolky chce být znovu potvrzen

Svou výzvu k vypsání konkurzu na místo ředitele adresoval ministrově také ředitel pražské Nemocnice Na Homolce (NNH) Mi-

chal Šetlík, který chce být ve své funkci resortem znovu potvrzen. Chce vyvrátit „útoky a šíření lží a polopравd“, které podle něj mohou vzbuzovat ve veřejnosti pochyby o řízení a hospodaření nemocnice.

„Z důvodu neustále se objevujících mediálních a jiných útoků proti současnému vedení NNH jsem se rozhodl požádat ministra zdravotnictví o znovupotvrzení (pokračování na straně 2)

## NKÚ poukázal na neohospodárnost MZ

Podle nejvyššího kontrolního úřadu (NKÚ) ministerstvo zdravotnictví zaplatilo 3,2 milionu korun za přípravu a ukončení projektu, na kterém se ani nezačalo pracovat. Jednalo se prý o náklady spojené s přípravou a ukončením IT systému pro řízení kvality a nákladovosti ve zdravotnictví.

NKÚ zkoumal hospodaření ministerstva zdravotnictví v letech 2010–2013. Celkem prověřil nakládání s majetkem a výdaje ve výši bezmála 522 milionů korun. Vedle nákladů spojených s IT technologiemi prošly kontrolou i výdaje související se služebními cestami, dary, konzultačními, právními a poradenskými službami a s takzvanými náklady na reprezentaci.

### Úspora na materiálu

„Za cestovné ministerstvo ročně utratilo 5,3 až 6,1 milionu korun. O více než třetinu se v těchto letech zvýšily výdaje na reprezentaci – zatímco v roce 2011 dosáhly jednoho milionu korun, o dva roky později už se vyšplhaly na téměř 1,7 milionu korun. Za dary ministerstvo zdravotnictví utratilo nejvíce v roce 2012, kdy za ně zaplatilo 410 tisíc korun. Výraz-

ný pokles výdajů kontroloři naopak zaznamenali u výdajů za spotřebu materiálu. Zatímco v roce 2011 ministerstvo nakoupilo materiál za 980 milionů Kč, o rok později za něj zaplatilo už jen 65 milionů a v roce 2013 pak necelých 53 milionů Kč. Velké výdaje v roce 2011 souvisely s nákupem očkovacích látek proti chřipce,“ uvádí NKÚ.

(pokračování na straně 3)

# Konkurzy na ředitele čtyř přímo řízených organizací

(pokračování ze str. 1)

mého mandátu k výkonu funkce ředitele. Tento požadavek jsem mu osobně sdělil dne 2. 6. 2014, bezprostředně po právě skončeném mezinárodním auditu JCI,“ uvedl ředitel Šetlík ve svém prohlášení.

Média nedávno přinesla informace o zprávě auditorů z kontroly činnosti nemocnice, podle níž nemocnice přišla kvůli podezřelým transakcím o téměř 300 milionů korun. Peníze prý šly k jejím dceřiným firmám. Podle Michala Šetlíka zpochybnily kontrolní zprávu nejen vedení nemocnice, ale také renomované právní kanceláře.

„Není pravda, že finanční prostředky jsou vyváděny za pomoci dceřiných společností mimo nemocnici, naopak se do ní jejich prostřednictvím dostávají,“ uve-

dl ředitel NNH a dodal, že zpráva bezprecedentním způsobem spojuje fakta z období předchozího vedení s vedením současným. Většina zjištění přitom spadá právě do období minulého vedení, od jehož kroků se distancoval.

## Nekalosti za předchozího vedení

Podle deníku *Dnes* dceřiná firma Holte Medical udělala v letech 2011–2013 pro nemocnici nákup léků, zdravotnického materiálu a dalších služeb za 3,3 miliardy korun. Podle auditu si účtovala marži 8,8% a prý není jasné, co se s těmito penězi dělo. Kontrolori se domnívají, že nemocnice porušila zákon o veřejných zakázkách, zákon o rozpočtových pravidlech a protikorupční příkaz ministra zdravotnictví. Na základě toho bude podle auditorů podán Úřadu pro ochranu hospo-

dářské soutěže návrh na přezkoumání celé věci.

Michal Šetlík doplnil, že kontrolní zprávu nemocnice obdržela 29. dubna, v požadovaném termínu pěti kalendářních dnů pak podala námítky. O obsahu kontrolní zprávy jedná ředitel také s ministrem zdravotnictví. „Vzhledem k tomu, že nemocnice dosud neobdržela vypořádání těchto námítek, tedy kontrola nebyla oficiálně uzavřena,“ shrnul ředitel NNH.

V nemocnici letos v dubnu zasahovala protikorupční policie, detektivové si odnesli smlouvy na pronájem skladů na léky a zdravotnický materiál. Policie prověřuje, zda vedení neuzavřelo nevýhodné smlouvy s některými dodavateli. Loni v červnu se protikorupční policie zajímala o pronájem skladů firmě KTH (dříve Alseda). Podle Nadačního fondu proti korupci nemocnice na těchto smlouvách údajně ročně tratila kolem sta milionů korun. Michal Šetlík pak sdělil, že kontroverzní smlouvy uzavřené předchozím vedením byly už dříve vypovězeny. Ministerstvo zdravotnictví vyslalo do nemocnice opakovaně kontroly, média zveřejnila o NNH řadu podezření.

## Březovský: Zadání splněna beze zbytku

Čtvrtým výběrovým řízením projdou adepti na post ředitele Koordinačního střediska transplantací, které se zabývá koordinačními a metodickými činnostmi v systému transplantačních center

v ČR. Dosud KST řídil Pavel Březovský, který do února vedl také Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Z této funkce byl ale ministrem zdravotnictví odvolán. Jak tehdy ministr uvedl, byl s jeho prací nespokojen – ústav nestíhal provádět potřebné přehodnocování cen léků a jejich úhrad ze zdravotního pojištění. Pavla Březovského ve funkci ředitele SÚKL nahradil Zdeněk Blahuta; ministr zadal interní audit ústavu a novému řediteli dal úkol – urychlit správní řízení o cenách a úhradách.

Ředitel odboru komunikace s veřejností MZ Jan Štoll našemu listu potvrdil, že odvolání ředitele Březovského souvisí s jeho odvoláním z funkce ředitele SÚKL. „Výsledek auditu v SÚKL prokázal řadu manažerských pochy-

bení bývalého ředitele a vzbudil pochybnosti o kvalitě řízení v ostatních organizacích. Proto ministr rozhodl o vypsání výběrového řízení na ředitele Koordinačního střediska transplantací, v jehož rámci budou účastníci muset předložit strategii a obhájit své manažerské dovednosti,“ uvedl pro ZaM.

Jak ale naší redakci sdělil Pavel Březovský, manažerských pochybení při řízení KST si není vědom. „Zadání, která jsem dosud měl, byla splněna beze zbytku. V realizaci něco vážně, nicméně počet dárců a provedených transplantací stoupá. KST dostalo evropskou certifikaci kvality; certifikací úspěšně prošly i IKEM a CKTCH Brno. To jsou slušné výsledky. Máme vyškolené tři mezinárodní evropské transplantační auditory a do konce roku by mezinárodním auditem kvality měla projít zbylá transplantační centra,“ zhodnotil pro ZaM své působení ve funkci ředitele KST a dodal, že účast v konkurzu zvažuje.

Petra Klusáková

## Zdeněk Blahuta obhájil své místo ve vedení SÚKL

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček se rozhodl respektovat jednomyslné doporučení výběrové komise a jmenovat ředitelem Státního ústavu pro kontrolu léčiv dosavadního dočasného ředitele Zdeněka Blahutu.

„Osobně vítám, že výběrová komise nezpochybnila postavení pana ředitele Blahuty v čele ústavu, protože až dosud jsem s jeho výsledky práce velmi spokojen. Jím nařízený audit poukázal na velice významná pochybení za minulého vedení a nyní dokáže ušetřit více než miliardu v systému zdravotního pojištění zrychlením práce ústa-

vu. Pevně věřím, že takto povede SÚKL i nadále,“ uvedl ke svému rozhodnutí ministr Němeček. Zdeněk Blahuta vede SÚKL od 10. února letošního roku poté, co ministr zdravotnictví odvolal Pavla Březovského. Předtím působil jako vedoucí lékárník nemocnice Lékařny Městské nemocnice Ostrava.

(red)



Pavel Březovský. | Foto: Martin Siebert/Euro

# Padla obvinění za zmanipulování zakázky Nemocnice Na Homolce

Protikorupční policie minulý týden obvinila čtyři osoby ze zmanipulování zakázky na digitalizaci chorobopisů Nemocnice Na Homolce (NNH).

Případ kauzy, která byla již dvakrát odložena, obnovila po příchodu na pražské zastupitelství vrchní státní zástupkyně Lenka Bradáčová.

## Prospěch ve výši 53 milionů

„Útvar pro odhalování korupce a finanční kriminality zahájil trestní stíhání dvou osob pro

zločin sjednání výhody při zadání veřejné zakázky, při veřejné soutěži a veřejné dražbě, jedné osoby pro účastenství ve formě pomoci ke zločinu sjednání vý-

hody při zadání veřejné zakázky a jedné osoby pro účastenství ve formě pomoci ke zločinu sjednání výhody při zadání veřejné zakázky,“ uvedl státní zástupce Zdeněk Matula a dodal, že policie tyto osoby viní z činnosti v organizované skupině, která veřejnou zakázku Nemocnice Na Homolce

na digitalizaci chorobopisů zmanipulovala. Nemocnici tak měla způsobit škodu ve výši nejméně 56 887 994 Kč a získat pro sebe neoprávněný prospěch ve výši nejméně 53 390 618,50 Kč.

Státní zástupce jména obviněných nesdělil, nicméně server *Lidovky.cz* uveřejnil, že mezi nimi jsou bývalý generální ředitel nemocnice Vladimír Dbalý, který NNH řídil mezi roky 2006 a 2012, a jeho bývalý náměstek, dnes primář chirurgického oddělení NNH Michal Toběrný. Zbýlými dvěma jsou podle deníku *Dnes* někdejší ▶

ředitel dceřiné společnosti nemocnice Holte Medical Petr Kutil a Emilie Bialešová, jejíž firma vede nemocnici účetnictví.

### Prodražena digitalizace

Jak uvedla ČTK, veřejnou zakázku na digitalizaci chorobopisů, kterou nemocnice zadala v roce 2009, vyhrálo sdružení DISOL Group, jehož účastníky byla firma DISOL a výrobní družstvo invalidů VDI Meta Trans. Podle věstníku zakázek nemocnice původně předpokládala cenu 95 milionů Kč, konečná částka však činila 146 milionů Kč bez DPH.

Homolka původně chtěla chorobopisy do digitalizované podoby před pár lety převádět sama s pomocí brigádníků, nakoupila k tomu i techniku. Pak ale změnila názor. Podle Vladimíra Dbalého bylo najmutí firmy efektivnější. Skenery za 736 tisíc Kč bez DPH prý dodavatel odkoupil zpět za pořizovací cenu.

Nadační fond proti korupci podal trestní oznámení na bývalého ředitele Dbalého již v roce 2012.



Vladimír Dbalý. | Foto: Robert Zlatohlávek/EIS

Fond tehdy upozornil na kauzu podezřelých skladů zdravotnické techniky společností Alseada a její vztah s dceřinou společností NNH Holte Medical. Fond odhadoval, že nemocnice trčila na přene-

chánil provozování těchto skladů měsíčně kolem 8 milionů korun ve prospěch společnosti Alseada, ročně tedy celkem cca 100 milionů korun. Kvůli smluvnímu vztahu mezi NNH a společností Al-

seada tak podle kritiků docházelo k umělému navyšování cen zdravotnického materiálu. „V tento okamžik není podstatné, zda byl Vladimír Dbalý zadržen v souvislosti s naším trestním oznámením nebo v souvislosti s jinými kauzami, kterých bylo za jeho úřadování poměrně hodně. Podstatné je, že podivné ředitelování pana Dbalého nezůstalo bez patřičné odezvy,“ uvedl k obvinění čtyř osob ředitel Nadačního fondu proti korupci Petr Soukenka.

### Poškození dobrého jména

Současný ředitel Nemocnice Na Homolce Michal Šetlík k vyšetřování uvedl, že od roku 2012, kdy začal v této funkci působit, nemocnice poskytuje plnou součinnost Policii ČR a všem dalším orgánům činným v trestním řízení. V některých případech podle jeho tvrzení podala podnět k šetření sama nemocnice.

„Z informací publikovaných v médiích můžeme usuzovat, že se zásah policie týká bývalého vedení Nemocnice Na Homol-

ce, od jehož činnosti se současně vedení důrazně distancuje. Jestliže se v médiích objevují v souvislosti s šetřenými kauzami jména osob, jež jsou v současné době ve spojení s Nemocnicí Na Homolce, budu v tuto chvíli postupovat podle principu presumpce nevinny, na niž má každý občan právo,“ sdělil ředitel Šetlík.

Dodal ovšem, že tyto události zcela určitě poškozují dobré jméno Nemocnice Na Homolce. Proto pokud budou informace publikované v médiích potvrzeny orgány činnými v trestním řízení, zváží dle svých slov zavedení personálních opatření ještě do doby konečného vyřešení zmiňovaných případů.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček reagoval na situaci příkazem, aby Homolka zrušila dceřiné společnosti, přes které nakupuje léky a materiál. Od Michala Šetlíka požaduje harmonogram postupu této změny. Nemocnice bude muset nově všech 20 tisíc nakupovaných položek vysoutěžít. (klu)

## NKÚ poukázal na nehospodárnost MZ

(pokračování ze str. 1)

### Zkreslené výsledky hospodaření

Podle člena NKÚ Antonína Macháčka, který kontrolní akci na MZ vedl, ministerstvo ve zkoumaném období vedlo účetnictví v rozporu se zákonem o účetnictví (§ 8 odst. 2 zákona č. 563/1991 Sb.).

„Nesprávnost účetnictví byla způsobena tím, že MZ účtovalo nakládání s majetkem a náklady na zajištění činnosti do účetních období, s nimiž dané účetní případy věcně ani časově nesouvisely; nedodrželo obsahové vymezení položek účetní závěrky při účtování a nakládání s majetkem a odepisovalo majetek v nesprávné výši,“ uvedl Antonín Macháček ve zprávě.

Kontroloři dále konstatovali, že uvedeným chybným účtováním docházelo v letech 2010–2013 ke zkreslování reálných výsledků hospodaření. Zatímco v roce 2010 měl být výsledek hospodaření nižší minimálně o 19 994 738 Kč, v letech 2011–2013 měl být výsledek hospodaření MZ vyšší. „V roce 2011 minimálně o 2 533 865 Kč v roce, v roce 2012 o 2 236 483 Kč

a v roce 2013 o 4 821 439 Kč,“ upřesnil úřad.

### Bezvýsledné platby

Jako ukázkou zbytečně vydaných peněz úřad uvedl případ tří smluv z roku 2010, na základě kterých měla jedna firma vytvořit IT systémy podpory řízení kvality a nákladovosti ve zdravotnictví. Projekt, který měl ve finále uspořít resortu peníze, však nebyl realizován a jen jeho ukončení přišlo ministerstvo na 3 240 960 Kč

„V únoru 2012 ministerstvo tento projekt zastavilo. Samotnému dodavateli ministerstvo žádné peníze nevyplatilo. Za projektové řízení ale zaplatilo jiné firmě přes dva miliony korun a další více než milion korun pak zaplatilo advokátní kanceláři za právní analýzu a rozvázání smlouvy s dodavatelem. Na praktickém naplnění projektu se vůbec nezačalo pracovat,“ píše Antonín Macháček v reportu.

### Další nekonceptnost ministr nepřipustí

„Bývalé vedení ministerstva zdravotnictví v čele s paní Juráskovou se rozhodlo zadat projekt, který vedení následující, tedy za pa-

na ministra Hegera, vyhodnotilo jako nadbytečný. Výdaje, které NKÚ ve své zprávě kritizuje, tedy vlastně vydalo minulé vedení ministerstva za to, aby dle všech nezbytných pravidel zastavilo projekt za téměř tři čtvrtě miliardy,

který zdědilo a vyhodnotilo jako nepotřebný. Podobnou nekonceptnost na svém úřadu rozhodně nepřipustím,“ uvedl k hlavnímu bodu kritiky NKÚ ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

Současně zdůraznil, že všechny kritizované skutečnosti byly dílem jeho předchůdců, nechá prý však na svém úřadu důkladně prověřit, zda zpráva neukazuje i na nějaké chyby, které by se mohly opakovat. Filip Kút Citores

## Vyjádření MZ ČR ke zprávě NKÚ

Cílem nerealizovaného projektu „Komplexní zajištění IS/ICT resortu zdravotnictví“ z roku 2010 bylo vytvoření systému podpory řízení kvality a nákladovosti ve zdravotnictví prostřednictvím informačních a komunikačních technologií. Po vybudování technologické infrastruktury resortu v rámci projektu by na ní byly provozovány ekonomické a další informační systémy a zpracovávány společné agendy zúčastněných organizací.

Bývalé vedení Ministerstva zdravotnictví ČR uzavřelo dne 29. 6. 2010 se společností IBM Česká republika smlouvu o dodání a implementaci komponent pro projekt „Komplexní zajištění IS/ICT resortu zdravotnictví“ (426 142 302 Kč), smlouvu o poskytování služeb pro projekt „Komplexní zajištění IS/ICT resortu zdravotnictví“ (205 938 000 Kč) a smlouvu o dodání personální výpočetní techniky pro projekt „Komplexní zajištění IS/ICT resortu zdravotnictví“ (43 920 000 Kč). Úhrnná smluvní výše plnění byla 676 000 302 Kč.

Dále pak byla uzavřena rámcová smlouva na řízení projektového portfolia se společností Accenture Central Europe BV. Cílem této smlouvy bylo zajištění služeb projektového řízení projektů, jež byly plánovány k realizaci ministerstvem, tedy i výše uvedeného projektu. Úvodní fází projektu „Komplexní zajištění IS/ICT resortu zdravotnictví“ bylo zpracování tzv. definice cílového stavu. První verze definice cílového stavu byla ministerstvu zdravotnictví doručena dne 30. 8. 2010. Poté byla několikrát ze strany MZ odmítnuta a předána dodavate-

li k vypořádání připomínek. Definice ve verzi 3 byla rozhodnutím řídicího výboru projektu ze dne 28. 2. 2012 zamítnuta, jelikož projekt nenaplníval strategické záměry MZ. MZ ČR zrušilo realizaci projektu a odstoupilo od smlouvy uzavřené s IBM, aniž by této společnosti vyplatilo jakékoli finanční prostředky. Byly tedy uhrazeny pouze nezbytné náklady společnosti Accenture Central Europe BV na projektové řízení ve fázi přípravy definice cílového stavu. Proplacené prostředky na projektové řízení byly shledány jako způsobilé. (Zdroj: MZ ČR)

# Česká lékařská komora jednala s ministryní spravedlnosti

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek a ředitel právní kanceláře ČLK Jan Mach jednali s ministryní spravedlnosti Helenou Válkovou o problematice znaleckých posudků z oboru zdravotnictví a rozporech mezi novým občanským zákoníkem a zákonem o zdravotních službách.

Dle zápisu z jednání představenstva ČLK vyplývá, že komora má zásadní výhrady k dosavadní praxi jmenování soudních znalců v oboru zdravotnictví. Navrhuje proto, aby v zákoně o znalcích byla vytvořena speciální kapitola týkající se znalecké činnosti ve zdravotnictví. Komora požaduje, aby znalci splňovali stejné kvalifikační předpoklady požadované po vedoucích lékařích, přičemž jejich splnění by potvrzovala svými licencemi.

Trvá také na dodržování pravidla, že posuzovat práci lékaře může pouze znalec stejné specializace. Požaduje zodpovědnost znalců za vytvoření nekvalitních posudků a jejich odvolatelnost. Na druhé straně by ale měli být za svoji práci lépe honorováni.

## Rozpory v zákonech

ČLK považuje za nepřijatelný stav, kdy dva zákony místy obsahují zcela rozdílná pravidla. „Rozpor-

uá úprava pravidel daná zákonem o zdravotních službách na straně jedné a novým občanským zákoníkem na straně druhé přinesla chaos. Mimo jiné zcela paralyzuje provádění pitev a likviduje lékařský obor patologie,“ uvádí představenstvo ČLK s tím, že změny vyžaduje spíše nový občanský zákoník než zákon o zdravotních službách. Proto komora doporučuje novelou zcela zrušit všechna ustanovení nového občanského zákoníku týkající se problematiky zdravotnictví, kterou současně (a často odlišně) řeší zákon o zdravotních službách.

Jak zástupci komory uvedli, s tímto názorem ministerstvo spravedlnosti nesouhlasí. „Upřednostňuje řešení rozporů cestou výkladu ze strany odborníků ministerstva spravedlnosti. ČLK upozorňuje, že konečné slovo v případě rozporu mezi dvěma zákony může mít pouze nezávislý soud, zdravotnictví si ovšem nemůže dovolit če-

kat, než vznikne příslušná judikatura,“ uvádí komora v usnesení.

## Práce odsouzených lékařů

Ministerstvo na jednání přislíbilo, že na podnět komory prověří možnost, zda by odsouzení lékaři, kterým nebyl soudem zároveň uložen trest zákazu výkonu povolání, mohli pomoci při nedostatku kvalifikovaných zdravotníků v rámci Vězeňské služby.

„Ve vězení kvalifikovaní lékaři chybějí, protože nejde o atraktivní místa. Pokud se na druhou stranu lékaři ve vězení ocitnou, nejsou odsouzeni za odbornou chybu a soud jim jako součást trestu neuloží zákaz výkonu povolání, mohli by ve své profesi pokračovat i zde,“ míní prezident ČLK.

## Posuzování náhrady nemajetkové újmy

Na návrh Okresního sdružení lékařů ČLK Brno Milan Kubek in-

formoval ministryní Válkovou o tom, že komora uvítala novou metodiku Nejvyššího soudu ČR k náhradě nemajetkové újmy na zdraví. A to bez ohledu na fakt, že při její přípravě byla profesní lékařská samospráva opomenuta a lékařská veřejnost tak neměla možnost se dopředu k návrhu vyjádřit.

„Na druhé straně ČLK nesouhlasí s tím, aby se osobám poškozeným na zdraví znesnadňovala cesta, jakou se mohou domoci odškodnění. Podle zrušené vyhlášky č. 440/2001 Sb. mohl bodové ohodnocení bolestného nebo ztížení společenského uplatnění podle příloh této vyhlášky provádět příslušný ošetřující (nebo registrující všeobecný praktický) lékař. Nový návrh ale předpokládá vznik nového znaleckého odvětví - znalce z oboru zdravotnictví, odvětví odškodňování nemateriálních újem na zdraví. Aby mohl být lékař tímto znalcem ustanoven,



Milan Kubek. | Foto: Anna Vacková/E15

měl by absolvovat placený kurz, přičemž je doporučeno jedině pracoviště lékařské fakulty a současně jediný spolek, který bude tento kurz realizovat. Navíc závěrečnou zkoušku dosud znalci v České republice neabsolvovali a tato ani nemá podklad v zákoně o znalcích a tlumočnících,“ uvedla komora své odmítavé stanovisko k ustanovení nového znaleckého odvětví (odškodňování nemateriálních újem na zdraví).

ČLK požaduje, aby byl k hodnocení bolestného nebo ztížení společenského uplatnění nadále - byť podle metodiky vydané Nejvyšším soudem ČR - kompetentní kterýkoli ošetřující či registrující všeobecný praktický lékař, jenž si příslušnou metodiku prostuduje a osvojí. V tomto znění návrh jednomyslně schválilo představenstvo komory.

Petra Klusáková

# Ústavní soud chce vyšší odškodnění pro ženu poškozenou lékem

Nového projednání žaloby u soudu prvního stupně se dočká žena, u níž se po nedostatečně otestovaném antibiotiku v roce 1975 rozvinul Lyellův syndrom. Ústavní soud (ÚS) v těchto dnech nařídil nové projednání a 500tisícovou náhradu škody, kterou jí přiřkl Obvodní soud pro Prahu 10, označil za nepřiměřenou.

Syndrom opařeného kůže, který se u tehdy čtyřleté dívky vyvinul, má trvalé a těžké následky - poškodil kůži, sliznice, některé vnitřní orgány a zrak.

„Existovaly čtyři případy - tři zemřeli, ji jako čtyřletou zachránili. Rok strávila pobytem v nemocnicích, pečovali o ni nejvýznamnější čeští lékaři,“ uvedla u soudu advokátka Marie Cilínková, která rozhodnutí ÚS přivítala a dodala, že poškozená je nyní v invalidním důchodu a odškodnění chce použít na léky a pečovatelskou službu.

## Porušení základních práv

„Stěžovatelka se dlouhá léta domáhala náhrady škody na zdraví sestávající z náhrady za ztížení společenského uplatnění, za ztrátu na výdělků včetně renty do budoucna a náhrady nákladů vynaložených v souvislosti s léčením, protože po podání určitého léku u ní došlo k zdravotnímu postižení s trvalým, téměř smrtelným, poškozením zdraví.

Obecné soudy sice stěžovatelce proti žalované pražské městské části (právní nástupkyni zdravotnického zařízení, které poškozo-

val škodu na zdraví způsobilo) nejprve přiznávaly vysoké částky v řádech několika milionů (4,1 milionu korun u Obvodního soudu pro Prahu 10 - pozn. red.), to se však po rozsudku Nejvyššího soudu změnilo, neboť ten dospěl k závěru, že se velká část nároku promlčela, a tímto právním závěrem zavázal nižší soudy,“ uvedl ÚS ve svém nálezu. Ten všechna napadená rozhodnutí obecných soudů zrušil a dal stěžovatelce za pravdu. Dospěl totiž k závěru, že napadenými rozsudky bylo stěžovatelce zasaženo do jejích základních práv.

## Lze vypočítat ztrátu na výdělku

Ústavní soud svou argumentaci postavil zejména na nesouhlasu se závěry obecných soudů o promlčení části odškodnění a přiměřenosti jeho výše.

„I když stěžovatelka nikdy nemohla začít pracovat z důvodu poškození svého zdraví ve věku 4 let, které se následně dále zhoršovalo, Ústavní soud se neztotožnil se závěrem obecných soudů, že tedy nemůže získat žádné odškodnění za ztrátu na výdělku. Naopak i podle judikatury Nej-

vyššího soudu v jiných věcech lze vyjít ze zákona o mzdě a ze zákoníku práce a stanovit pravděpodobný výdělek, kterého by poškozená osoba zřejmě dosáhla, pokud by na zdraví poškozena nebyla,“ dodal ústavní soud.

Dále uvedl, že „je věcí poškozeného, jaký způsob zajištění péče o svou osobu zvolí - zda je pro něj přijatelnější péče osoby blízké, nebo zda dá přednost profesionálnímu ošetřovateli, a proto mu nelze odmítnout přiznání renty s odůvodněním, že postiženému na ni díky obětavosti okolí nevzniká nárok, zatímco kdyby obětavé okolí nemělo a byl nucen si hradit péči profesionální pečovatelské služby, nárok na rentu by mu vznikl“.

ÚS považuje za nepatřičné bagatelizovat zátěž způsobenou osobám blízkým péčí o postiženého a postiženého odkazovat s rentou až na dobu, kdy mu solidární okolí vypoví bezplatnou pomoc.

(klu)

## OECD míří na citlivá místa

Doporučení pro české zdravotnictví se dobře čtou, ale je velmi nepravděpodobné, že by padla na úrodnou půdu.

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj patří mezi ty nadnárodní šouraly, kteří tu a tam přijdou s doporučeními pro jednotlivé státy v různých oblastech. A je třeba říci, že zrovna OECD málokdy pálí zcela mimo terč. Nečiní tak ani v případě čerstvé studie kvality zdravotní péče v Česku.

Vedle pozitivních a povzbudivých dat o vývoji péče o české pacienty v běhu doby, například pokud jde o zásadní snížení úmrtnosti v důsledku infarktu myokardu, zpráva obsahuje také několik varování a doporučení. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček slibuje, že se doporučeními bude „určitě řídit“, protože – světe, div se – „kvalita zdravotní péče v na-

ší zemi je pro resort zdravotnictví jednoznačnou prioritou“.

### První linie v poslední řadě

Skutečnost však zdaleka tak růžová nebude, na to lze vsadit leccos. Klíčová doporu-

čení OECD totiž neomylně míří na neuralgické body českého zdravotnictví, s nimiž se žádný z mnoha posledních ministrů nedokázal uspokojivě vyrovnat. Nejlepším příkladem je důraz autorů nadnárodní studie na primární péči. Tou se zaklínaly zdravotnické kapitoly všech nedávných vládních programových prohlášení, ale když došlo



Martin Čaban

na lámání politického chleba, praktici ve směr ostrouhali.

Stačí se podívat na úhradové vyhlášky z minulých let. Když už se někde vyškřáblily peníze, které bylo možné někomu přidat, vítězily nemoc-

nice. Silný vliv zdravotnických odborů, především Lékařského odborového klubu, a sympatie, které k odborářům chová Česká lékařská komora, byly příčinou upřednostnění nemocniční péče před ostatními segmenty, které v nejlepším případě přijímově stagnovaly, v horším trahly.

Děťští praktici navrch před pár lety přišli o příjem z regulačních

poplatků za návštěvu lékaře, což jim politická reprezentace opomněla kompenzovat. Vstřícný přístup k primární péči zůstával v českém zdravotnictví vždy jen na papíře. Ostatně ani při podpoře primární péče takřkajíc z druhé strany se politikům nedařilo. Třeba návrhy individuálních pojistných plánů, které by zvýhodnily pacienty dbalé preventivních prohlídek, vždy narážely na neprostopnou politickou zeď.

### Kde najít sílu a odvahu

S dalšími doporučeními OECD je to v českém politickém kontextu podobně problematické. Studie volá po jasném, komplexním a kontinuálním systému akreditace zdravotnických zařízení. Při vši účt ke snaze, kterou v Česku vyvíjí Spojená akreditační komise, nelze o uceleném systému akreditací a hodnocení kvality hovořit ani náhodou. Akreditace probíhají na zcela dobrovolné

bázi a slouží spíše jako prestižní nálepka než systémový prvek v hlídání kvality péče. Veškeré pokusy o vyčerpávající hodnocení kvality péče končily fiaskem, stačí vzpomenout na nejslavnější žebříček nemocnic z pera Davida Ratha, v němž vyhořela brněnská úrazovka, protože vykazovala radikálně větší úmrtnost pacientů než například všechny porodnice.

České zdravotnictví má kvalitativní a bezpečnostní rezervy, to je jasně patrné už jen z posledních mediálně propaných případů. Stejně tak jistě má potenciál velkých úspor při rozumném nakládání s prevencí a primární péčí. Není těžké to pochopit a jen málokdo by k tomu skutečně potřeboval studii nadnárodní organizace. Problém je přimět politiky, aby našli politickou sílu a odvahu s těmito chronickými problémy pohnout. Na to ovšem OECD žádná doporučení nedává.

## Evropské veřejné zdraví na půdě českého ministerstva

Ministerstvo zdravotnictví hostilo informační den ke 3. víceletému programu činnosti EU v oblasti zdraví na období 2014–2020. Významný unijní zdravotní program představuje hlavní finanční nástroj pro realizaci cílů Evropské unie v oblasti veřejného zdraví.



Ilustrační foto: Shutterstock

Účelem projektu je doplnění a podpora zdravotní politiky jednotlivých členských států ve směru zlepšení zdraví jejich občanů a snížení nerovností v oblasti zdraví. Realizací programu je pověřena Výkonná agentura pro spotřebitele, zdraví a potraviny.

„Opravdu náš těší, že jsme na setkání mohli přivítat dvě významné zástupkyně agentury, projektovou manažerku Hristinu Milevu a finanční manažerku Klaru Kasnyik. Svědčí to o dosavadní dob-

ře spolupráci i o značné prestiži, kterou náš informační den má,“ uvedl ředitel odboru evropských fondů MZ ČR Jan Bodnár, jehož odbor je národním kontaktním místem pro poskytování informací o tomto programu, jeho zaměření, oblastech podpory a způsobu financování.

### 450 mil. eur na podporu zdraví a prevence

Hlavními tématy programu jsou podpora zdraví občanů, preven-

ce onemocnění a podpora příznivého prostředí pro zdravý životní styl, ochrana občanů Unie před závažnými zdravotními hrozbami zvenčí, podpora budování kapacit veřejného zdraví a udržitelných systémů zdravotní péče a usnadnění přístupu k lepší a bezpečnější zdravotní péči. Program je financován přímo z unijního rozpočtu, na jeho realizaci jsou vyčleněny finanční prostředky v objemu téměř 450 milionů eur. Realizací programu je pověřena Výkonná agentura pro spotřebitele, zdraví a potraviny.

Současný program pro období 2014–2020 navazuje na 2. akční program v oblasti veřejného zdraví, který byl realizován v letech 2008–2013. České organizace působily vždy jako přidružení partneri projektů či společných akcí, pouze v případě prezidentské konference v době českého předsednictví EU bylo MZ ČR koordinátorem celé této akce.

(red)

## Společný „evropský“ nákup pandemických vakcín přinese úspory

20. června 2014 byla v rámci jednání Rady ministrů zdravotnictví členských zemí EU podepsána dohoda o společném zadávacím řízení na lékařská protipatření, tedy zdravotnické prostředky a léčivé přípravky. Půjde zejména o nákup vakcín.

„Přistoupení k dohodě je pro Českou republiku výhodné, díky ní budeme nakupovat vakcíny výrazně levněji. Zároveň nám v případě vypuknutí pandemie nebude hrozit jejich nedostatek,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček ke smlouvě, která je v úbec první svého druhu a umožňuje členským státům rychle, efektivně a úsporně reagovat na ohrožení zdraví jejich občanů. Za Českou republiku ji v zastoupení ministra podepsal jeho náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR Vladimír Valenta.

### Větší solidarita mezi zeměmi EU

Vzniku dohody se Evropská komise věnuje již od roku 2010. Prvotním impulzem přitom bylo vyhodnocení chřipkové pandemie z let 2009/2010, kdy byla za slabé místo boje s pandemií v EU označena efektivnost a hospodárnost zacházení s pandemickou vakcínou. Hodnocení postupu při pandemii také poukázalo na nutnost

větší solidarity mezi členskými státy EU. Původní záměr společného nákupu pandemických vakcín byl proto později rozšířen na společné pořízování veškerých lékařských protipatření. Dle informací MZ se Česká republika rozhodla o přistoupení k dohodě na úrovni ministerstva zdravotnictví v září 2013.

Členské státy k dohodě přistupují dobrovolně. Jak potvrdila mluvčí MZ ČR Štěpánka Čechová, podpísem dokumentu nevznikají České republice předem žádné finanční závazky. „Dohoda jen do budoucna zajišťuje možnost uzavírat rámcové smlouvy na společné zadání konkrétní zakázky, o které bude muset vždy rozhodnout vláda,“ vysvětlila mluvčí s tím, že materiál vstoupí v platnost poté, co jej ratifikuje třetina signatářských členských států, respektive poté, co členské státy v souladu s domácí legislativou dohodu schválí bez ratifikačního procesu. Teprve poté se bude moci uskutečnit první společný nákup. (klu)

# SAS: Za zrušení poplatku požadujeme nový kód

Předseda Sdružení ambulantních specialistů (SAS) Zorjan Jojko se pro naši redakci vyjádřil k jednání s představiteli vlády, k dalším krokům sdružení ve věci zveřejňování smluv a možnosti kompenzace za zrušení regulačního poplatku.

**V minulých dnech proběhlo jednání SAS s místopředsedy vlády Andrejem Babišem (ANO) a Pavlem Bělobrádkem (KDU-ČSL). Mohl byste krátce okomentovat projednané body a výsledek jednání?**

Jednání s oběma předsedy vládních stran jsme absolvovali spolu s ostatními součástmi Koalice soukromých lékařů (Česká stomatologická komora, Sdružení praktických lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Sdružení soukromých gynekologů a SAS). Sice víme, že tito politici nemají ve správě resort zdravotnictví, přesto jsme chtěli, aby získali maximum přesných a objektivních informací hlavně pro další rozhodování ve vládě, ale i v parlamentu.

Šlo nám o to, že registrujeme neustálý – a v EU neobvyklý – nárůst podílu finančních prostředků směřovaných do nemocnic na úkor soukromých ambulančních. Dále jsme projevíli nesouhlas s rušením regulačních poplatků a také se zveřejňováním smluv

mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

Snad jediným konkrétním výstupem byl slib předsedy ANO Andreje Babiše v jednáních pokračovat a průběžně konzultovat aktuální potřebné otázky. Jinak lze myslím obě schůzky označit za informativní, se vzájemným vyjasněním si názorů k těmto třem problémům.

**SAS připravilo vzor stížnosti k Úřadu pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) kvůli zveřejnění čísel účtů členů sdružení. Souvisí to se zveřejňováním smluv, které VZP publikuje na svém webu?**

Ano. Je obecně známo, že s celou akcí zveřejňování smluv nesouhlasíme. To platí nadále. Co nás ale zaskočilo velmi nepříjemně, je, že VZP začala smlouvy a dodatky se soukromými poskytovateli zveřejňovat formou prostého oskenování celých dokumentů včetně čísel účtů, razítek, podpisů a dalších citlivých osobních údajů. Proto jsme vyhověli pros-



Foto: Michael Tomes

bě našich členů a na web jsme umístili obecný vzor stížnosti k ÚOOÚ.

Mimo to jsem ve stejný den poslal řediteli VZP Zdeňku Kabátkovi žádost o nápravu a zároveň stížnost na tento postup na MZ. Bylo příjemným překvapením, že ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček reagoval během 10 minut. Vyjádřil souhlas s tím, že citlivé

osobní údaje nemají být zveřejněny, a slíbil, že se spojí s ředitelem Kabátkem ke sjednání nápravy. Ve smlouvách na webu VZP se sice do dneška nic nezměnilo, faktem ale je, že vše popsané proběhlo před několika dny. Věříme tedy, že náprava přijde brzy.

**Připravují se první jednání o hodnotě bodu na rok 2015.**

**Objevila se informace, že ministr Němeček chce vrátit internistům časy dle roku 2012. Pokud se tak skutečně stane, co to bude (s ohledem na propad jejich úhrad v roce 2014) znamenat?**

Tento slib ministra Němečka vítáme. Interna byla vždy „popelkou“ a delší časy byly jakýmsi kompenzačním mechanismem, který jí pomáhal přežít. Zkrácené časy má obor interna od začátku roku 2013. Pro rok 2013 se nám podařilo dojednat se zdravotními pojišťovnami pro tuto odbornost navýšení úhrad, aby nedošlo k propadu jejich tržeb. V roce 2014 měly pomoci nové kódy (pro superkonziliární a předoperační vyšetření), které se ale ukázaly jako nekonzumnovatelné. Nejspíše tedy nezbude nic jiného, než zkusit s pojišťovnami vyjednat podobný postup, jaký byl použit v roce 2013.

**Ministerstvo zdravotnictví plánuje od začátku roku 2015 zrušení regulačního poplatku. Má SAS připravený návrh na jeho kompenzaci?**

Za nejlepší bychom považovali vznik nového signálního kódu v Seznamu výkonů, který by měl hodnotu právě 30 Kč, vykazoval by se spolu s klinickým vyšetřením a nebyl by krácen limitem úhradového vzorce. Existují i jiná možná řešení, ta ale nejsou tak čistá a odvádějí peníze od klinických vyšetření.

Petra Klusáková

## Lékařníci požadují od ministra záruky spravedlivé odměny

Debata nad rušením a kompenzací zdravotnických poplatků od ledna příštího roku a příprava nového systému odměňování poskytované lékařské péče se rozhořela na nedávném setkání představitelů jednotlivých okresních sdružení lékařníků České lékařnické komory (ČLnK).

Porada byla iniciována v souvislosti s dramaticky se zhoršující ekonomickou situací menších a venkovských lékařů. Podle informací ČLnK předsedové okresních sdružení požadují od ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka jednoznačné záruky, že bude při rušení regulačních poplatků přístupováno ke všem poskytovatelům zdravotní péče stej-

ně, bez ohledu na to, zda se jedná o nemocnici, ordinaci praktického lékaře, ambulantního specialisty, či lékárnou.

**Náhrada nutná**

„Pokud ke kompenzaci poplatků nedojde, budou lékárníci, které regulační poplatky vybírají a neobcházejí zákon, postiženi politickým rozhodnutím podruhé

v relativně krátké době. Poprvé se tak stalo, když tyto lékárníci přišly v důsledku státní benevolence vůči některým jiným provozovatelům lékáren o významnou část pacientů a tím o své příjmy, nyní jim chce stát sebrat i tuto částku, která jim ještě pro financování poskytované péče zůstala,“ řekl k situaci prezident ČLnK Lubomír Chudoba.

„Jestliže nebudou lékárnám od začátku příštího roku poplatky plně kompenzovány, budou tím postiženi především poctiví lékařníci dodržující zákony,“ doplnil.

**Odměny bez vztahu k ceně léku**

Jak prezident Chudoba upozornil, hlavně lékárníci situovaní mimo

větší aglomerace a doplňující síť zdravotnických zařízení na venkově se v poslední době dostávají v důsledku revizí cen a úhrad léčiv do propadu ve svých příjmech o desítky procent, přitom náklady na jejich provoz dlouhodobě stoupají.

Předsedové jednotlivých okresů nyní požadují, aby vedení ministerstva zdravotnictví tuto situaci bezodkladně řešilo změnou v novém předpisu. Jak komora uvedla, předsedové jasně vyjádřili svou podporu přípravě nového systému odměňování lékařské péče, který pomůže potlačit závislost odměny lékaře na ceně vydaných léčiv a stanoví spravedlivější odměňování podporující zejména menší a venkovské lékárníky.

(klu)

# SÚKL nemá právo vyžadovat po lékárnách data

Městský soud v Praze vyhlásil dne 18. 6. 2014 rozsudek, jímž dal za pravdu lékárně, která podle doporučení České lékárnické komory (ČLnK) odmítla poskytovat Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) údaje o vydaných léčivých přípravcích.

Od počátku roku 2009 SÚKL pod vedením tehdejšího ředitele Martina Beneše spustil systém *on-line* sběru dat. Ústav trval na tom, že lékárny jsou mu v rámci tohoto systému povinny poskytovat údaje o vydaných léčivých přípravcích. Podrobnosti k plnění této povinnosti SÚKL stanovil ve svém pokynu LEK 13, který byl v průběhu let vydán v několika verzích. O tomto pokynu SÚKL tvrdil, že jde o právní předpis.

ČLnK shledala na systému sběru dat SÚKL řadu nedostatků. „Byl nákladný, využíval zbytečně složitou technologii, nutil provozovatele lékáren používat speciální routery dodávané do lékáren za podezřelých okolností a v neposlední řadě nepřinášel zdravotníkům ani pacientům žádný užitek. Kromě toho se SÚKL v rozporu se zákonem domáhal na lékárnách i citlivých údajů pacientů a posbíraná data uklá-

dal do centrálního úložiště elektronických receptů, které ale mělo sloužit výlučně k nakládání s elektronickými recepty,“ uvedl právní poradce komory Jaroslav Maršík.

## Bez zákonného zmocnění

ČLnK své výhrady ústavu sdělila a dále jej informovala, že vůbec není oprávněn údaje o vydaných léčivých přípravcích vyžadovat, ale že má právo pouze zveřejnit rozsah údajů a způsob jejich poskytování formou hlášení. Zákon ústav nezmocnil k jejich stanovení tak, jako je tomu v jiných právních předpisech, na základě kterých je vždy rozlišováno, který státní orgán povinnosti stanovuje a jak a kým jsou stanovené povinnosti zveřejněny.

„V zákoně o léčivech zákonodárce sice uložil ústavu, že má rozsah údajů a způsob jejich poskytování zveřejnit, opomněl však do zá-

kona uvést, kdo má tyto skutečnosti stanovit. SÚKL si pak tuto pravomoc bez zákonného zmocnění přisvojil,“ doplnil Jaroslav Maršík.

## První úspěšná žaloba

Již v prosinci 2008 proto komora lékárnám doporučila, aby do systému sběru dat nevstupovali. Většina se jich na základě tohoto doporučení k databázi SÚKL skutečně nepřipojila a údaje o vydaných léčivých neposílala. Jak náš list již dříve informoval, v roce 2010 SÚKL dostal pokutu 2,3 mil. Kč od Úřadu pro ochranu osobních údajů (ÚOOU) za to, že v rámci sběru dat požadoval i citlivé údaje o pacientech. Zároveň SÚKL začal již v roce 2009 provádět v lékárnách kontroly zaměřené na poskytování údajů o vydaných léčivých a následně provozovatelům lékáren uděloval pokuty. Podle informací ko-

mory úřad takto do současnosti postihl téměř 200 provozovatelů lékáren. Tento tlak také přiměl většinu lékáren k tomu, aby si pořídily původem pochybnou technologii a začaly ústavu údaje zasílat.

Jednou z prvních pokutovaných, byla společnost LEKOS CZ, pokutu od SÚKL dostala v březnu 2010. Ve spolupráci s ČLnK pak podala proti rozhodnutí ústavu odvolání. V něm zejména uvedla, že SÚKL vůbec není oprávněn data požadovat. Je třeba podotknout, že předmětem přezkumu nebyla ochrana osobních údajů (jak v minulých dnech mylně uváděla média). Ministerstvo zdravotnictví o odvolání rozhodlo v lednu 2011 a potvrdilo správnost rozhodnutí ústavu. Společnost proto – tentokrát již v zastoupení právním poradcem České lékárnické komory – podala proti rozhodnutí minis-

terstva správní žalobu k Městskému soudu v Praze, který rozhodnutí ministerstva zrušil.

## Dalších 160 stížností na stole MZ

„Písemné vyhotovení rozsudku zatím nebylo účastníkům doručeno, ale z ústního odůvodnění podaného při jednání soudu vyplynulo, že soud v zákoně o léčivech neshledal zmocnění ke stanovení rozsahu údajů o vydaných léčivých přípravcích a způsobu jejich předávání. Lékárny tedy nejsou povinny údaje ústavu poskytovat, protože není, kdo by stanovil jejich rozsah a způsob předávání,“ vyložil rozhodnutí soudu Jaroslav Maršík a dodal, že ministerstvo zdravotnictví může proti rozsudku podat kasační stížnost k Nejvyššímu správnímu soudu.

Jak právní poradce ČLnK dále uvedl, má povědomost ještě o jednom probíhající soudním řízení, ačkoli komora spolupracovala při podání více než 160 odvolání proti rozhodnutí SÚKL. O těchto odvoláních MZ zatím nerozhodlo a pravděpodobně čeká na výsledek prvních soudů. „Pokud by o všech odvoláních rozhodlo v zákonných lhůtách, které již téměř ve všech případech uplynuly před jedním až třemi lety, Městský soud v Praze by čelil náporu více než 160 žalob,“ uzavřel Jaroslav Maršík.

Petra Klusáková

# Pneumokokové infekce na vzestupu

Národní referenční laboratoř pro streptokokové nákazy Státního zdravotního ústavu (SZÚ) uveřejnila údaje týkající se výskytu invazivních pneumokokových onemocnění v České republice za rok 2013.

V loňském roce lékaři zaznamenali celkem 424 případů pneumokokových infekcí, což představuje nejvyšší počet od

roku 2011. 69 pacientů nákaz podlehl.

Mezi nejrizikovější skupiny patří děti mladší 5 let, u nichž bylo

v roce 2013 zaznamenáno 28 případů (téměř dvojnásobek oproti roku předchozímu), a lidé starší 65 let. V této věkové kategorii se loni vyskytlo 180 případů pneumokokových onemocnění (40 pacientů infekci podlehl).

## Klesající proočkovanosť

U starších osob jsou rizika spojená s pneumokokovými nákazami podceňována dlouhodobě, u nejmenších dětí se podle SZÚ jedná o nový znepokojivý trend. „Dostupné údaje o proočkovanosťi proti pneumokokovým infekcím v Praze přinášely ještě nedávno skvělé výsledky. Jak rostl počet očkovanych dětí, klesal výskyt této nebezpečné bakterie v dané vě-

kové skupině. Dnes je však situace jiná. Stoupá počet rodičů, kteří očkování odmítají. A nárůst případů ve věkové skupině do pěti let je toho odrazem,“ uvedla MUDr. Zdeňka Jágrová z Krajské hygienické stanice Praha. Plošně hrazené dobrovolné očkování kojenců proti pneumokokovým infekcím bylo přitom v Česku zavedeno před více než 4 lety.

## Nebezpečný sérotyp

Podle dat Státního zdravotního ústavu je ve společnosti zaznamenán i nárůst nebezpečného sérotypu 19A, který způsobuje jak těžké zápalové plic, tak pneumokokové meningitidy. Za rok 2013 jím bylo nakaženo celkem 27 osob, z toho 4x se jednalo o děti do 11 měsíců věku. V předchozím roce přitom bylo nákaz způsobených tímto sérotypem evidováno jen 11 a u nejmenších dětí nebyl hlášen jediný případ. Tento sérotyp je přitom také preventabilní vakcinací.

(Zdroj: SZÚ)

(red)

## Výskyt invazivních pneumokokových onemocnění v ČR (2011–2013)

Věková kategorie	Počet hlášených případů/úmrtí		
	2013	2012	2011
0–11 měsíců	10/0	2/0	5/3
1–4 roky	18/0	13/1	16/0
5–9 let	13/0	11/0	16/0
10–14 let	4/0	6/0	2/0
15–19 let	6/0	4/0	6/0
20–39 let	40/4	42/3	37/3
40–64 let	153/25	118/19	134/20
65+ let	180/40	139/38	118/27
<b>Celkem</b>	<b>424/69</b>	<b>335/61</b>	<b>334/53</b>

(Zdroj: Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie, SZÚ Praha)

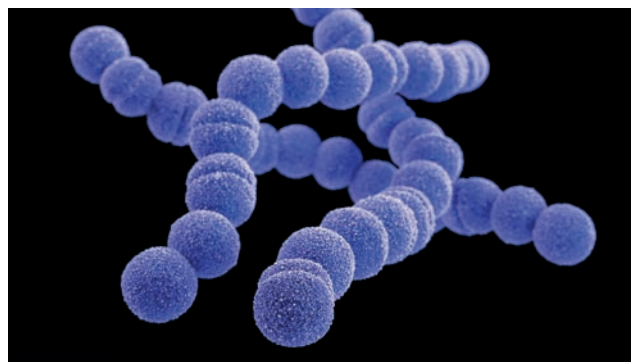


Foto: CDC

# Firmy se snaží kontrolovat reexport vlastní distribucí do lékáren

Nedostupnost vybraných léků v důsledku reexportů začíná představovat problém ve většině zemí EU, intenzivně se mu věnují orgány Evropského parlamentu. V Česku začaly farmaceutické firmy posilovat kontrolu nad cestou svých léků prostřednictvím modelu distribuce *direct to pharmacy*, tedy od výrobce přímo do lékárny.

Ministerstvo zdravotnictví jako opatření proti reexportu zvolilo cestu zákazu vývozu léků, jejichž dostupnost na českém trhu by mohl reexport ohrozit. Nový systém restrikce připravuje spolu se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Již v roce 2012 ale navrhovala zákaz vývozu vytipovaných léků Česká lékárnická komora (ČLnK) v rámci projednávané novely zákona o léčivech. „Námi podaný návrh vývozu byl tehdy zákonodárci odmítnut, odsouhlasena byla pouze naše dílčí novela, kterou došlo k eliminaci vývozu léků lékárnami. Za reexport léčiv jsou tak jednoznačně zodpovědné distribuční firmy,“ uvedl pro naši redakci prezident ČLnK Lubomír Chudoba.

Distribuční model *direct to pharmacy* (DTP), kdy jsou léčivé přípravky dodávány farmaceutickou společností přímo do lékáren bez využití standardní distribuční sítě, umožní výrobcí kompletní kontrolu nad svými produkty. Jak redakci ZaM vysvětlil výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček, systém se sice používá například ve Velké Británii či v Polsku, nikde však

není tak rozvinutý jako v českém republice.

„Inovativní farmaceutické společnosti v Česku přistupují k zavedení modelu DTP pod vlivem paralelního exportu, který zde vážně ohrožuje dostupnost některých inovativních léků,“ uvedl ředitel Dvořáček a dodal, že jen během prvních 6 měsíců loňského roku bylo z ČR vyvezeno přes 7 milionů balení léčiv.

## Nutnost koncepčního řešení

Systém přímé distribuce výrobcí považují za krajní řešení a požadují koncepční řešení paralelního exportu nebo jinou úpravu lékové politiky. Pokud by k úpravám nedošlo, Jakub Dvořáček se obává, že v nejzávažnějších případech budou výrobci nuceni lék z českého trhu stáhnout. Část výpadků jsou lékárníci schopni řešit formou generické substituce, výpadky přípravků, které jsou v lékárně těžce nebo zcela nenahraditelné, ale většinou řeší lékař předepsáním jiné molekuly. Zejména chronickým pacientům ovšem změna preskripce často neprospívá.

Prezident Chudoba se domnívá, že firmám nejde vždy pouze o za-

mezení výpadku léku na českém trhu. „Bohužel, exporty takzvaných centrových léků svědčí zároveň o angažovanosti vedení některých výrobních firem a nemocnic. Nepovažují také za účelné, aby výrobce do modelu DTP zahrnul lék, ke kterému jsou dostupné jeho generické varianty. To svědčí spíše o snaze udržet si ‚evropskou‘ cenu,“ dodal Lubomír Chudoba s tím, že výrobci by si měli v tomto ohledu „zamést před vlastním prahem“.

## Dodatečné investice

Zavedení modelu DTP je přitom pro farmaceutickou společnost časově i finančně náročné. Pokud společnost nevyužije servisované logistiky od vybraného distributora, musí nejprve získat distribuční povolení a naplnit všechny povinnosti stanovené zákonem, jejichž dodržování pravidelně kontroluje SÚKL. „Dodatečné investice zahrnují například úpravy interních IT systémů, zavedení call centra, nákup technického vybavení a personální náklady vybavení se zaškolením či přeškolením zaměstnanců. Náklady na zavedení modelu se tak vyšplhají až na několik desítek tisíc euro,“ vysvětlil Jakub Dvořáček.

Léky distribuované prostřednictvím modelu DTP jsou dle jeho slov dostupné rovnoměrně v celé České republice. „Pokud lékárna daný lék nemá na skladě, může jej doobjednat přes zavedené call centrum. Pacient přechod na model DTP neznamená – cena léčivého přípravku pro něj zůstává stejná, vícenákłady na zavedení vlastního modelu distribuce ne v plné výši farmaceutická společnost,“ doplnil výkonný ředitel AIFP.

## Finanční i administrativní zátěž

Prezident lékárníků přesto považuje distribuční model DTP za „velmi nešťastný a dlouhodobě neudržitelný“. Skutečnost, že si výrobce zvolí jediného distributora, podle Lubomíra Chudoby povede k řadě negativních jevů. „Nejen že neuvěřitelně narůstá administrativní zátěž lékáren, ale monopolní distributor si těžko diktuje dodací, finanční i časové podmínky. Vícenákłady pak nesou především lékárny, v tom se zásadně rozcházejí s názorem AIFP,“ podotkl.

Komora se navíc setkává se stížnostmi zejména menších lékáren na diskriminaci s tím, že jim



Ilustrace: foto: archiv

domání některých léků pro jejich pacienty monopolní distributor odmítl. V těchto případech se ČLnK snaží obratem kontaktovat výrobce a žádá narovnání dodavatelských vztahů s lékárnou. „Ve většině případů ale nemáme možnost ověřit si situaci a zasáhnout, neboť monopolní distributor se zaštiťuje blíže neurčenými smluvními podmínkami výrobce,“ dodal prezident Chudoba. Jak komora, tak i AIFP shodně doufají, že novela o léčivech nastaví ve vývozu léků pravidla, která by jejich výpadkům na českém trhu zamezila. Podle komory by poté měl být systém DTP zrušen, protože omezení volné soutěže mezi distribučními firmami je podle ní neúnosné.

Petra Klusáková

# Dr.Max představil svoji strategii

Společnost Dr.Max má k dnešnímu dni celkem 321 lékáren a s více než 12% trhu veřejných lékáren tak tvoří největší lékárenskou síť v České republice.

Přibližně polovina poboček je umístěna v obchodních centrech. Svoji otevírací dobou 12 hodin denně 7 dní v týdnu tak v některých oblastech nahrazují chybějící lékárenské pohotovosti. Jak uvedl generální ředitel společnosti Ing. Daniel Horák, tržby sítě v meziročním srovnání poklesly o 4%, ale vzhledem k propadu trhu jde o dobrý výsledek a Dr.Max splňuje plánovaná očekávání.

## Ohrožení vztahu pacient – lékárník

Daniel Horák se také vymezil proti praktikám některých lékařů, kteří nabízejí léčiva pacientům přímo ve své ordinaci. Představil výsledky průzkumu, který pro společnost Dr.Max připravila agentura CfK, při němž bylo osloveno 1000 respondentů.

Z výsledků vyplývá, že 65% populace starší 15 let se setkal s distribucí, v níž byl angažován lékař,

46% dotázaných má zkušenost s převzetím léku přímo v ordinaci, 49% má zkušenost s tím, že lékař doporučil konkrétní lékárnu, a 10% lidí pravidelně získává lék na předpis přímo od lékaře.

V této souvislosti Ing. Horák zmínil, že tak dochází k ohrožení klíčového vztahu mezi pacientem a lékárnou, protože pacient tak nemá právo si vybrat lékárnu a chybí kontrola „druhých očí“

(eliminace chyb například u dávkování či hlídání interakcí). Lékař také nemá k dispozici odpovídající prostory ke skladování, plný sortiment ani logistiku. Lékárník je navíc specialista, který se celoživotně vzdělává.

## Proti reexportům a pro substituci

Podle České lékárnické komory zmizí kvůli reexportu ročně z ČR léky za 5–10 mld. Kč. Ukazuje se,

že ročně reexporty v počtu balení vzrostly o 2%, ve finančních objemech o 7–10%. Společnost Dr.Max v rámci své sítě dle slov Daniela Horáka reexporty netoleruje s tím, že žádná lékárna Dr.Max nepožádá o distribuční povolení.

Co se týče problematiky generické substituce, podle stanoviska společnosti je v zájmu pacienta a Dr.Max ji provádí aktivně v rámci zákonných a etických norem. Za rok 2013 lidem tato síť dle jejího generálního ředitele ušetřila zhruba 50 milionů Kč. Úsporu uvedl na příkladu léčiv určených pro léčbu dny.

(eta)



# Nový ředitel karlovarské nemocnice vyjednal financování prodělečné péče krajem

Karlovarská krajská nemocnice by mohla v budoucnu snížit svůj finanční propad. Nové vedení v čele s předsedou představenstva Josefem Märzem vyjednáva s pojišťovnami i provozovatelem nemocnice – Karlovarským krajem – lepší podmínky financování.

Kraj už přislíbil přispívat na tzv. závazky veřejné služby, tedy péči, která je potřeba, ale nemocnici se na ní prodělává.

## Nutný souhlas zastupitelstva

Kromě kraje se k novému způsobu řešení situace staví vstřícně i zdravotní pojišťovny.

„Zintenzivnila se jednání se zdravotními pojišťovnami ohledně úhrad, včetně argumentace nárůstu zejména komplikované péče. Tato jednání ještě probíhají, nicméně možnost navýšení záloh se jeví jako reálná,“ uvedl předseda představenstva März ve svém prohlášení pro tisk.

Návrh o tzv. závazcích veřejné služby, tedy financování prodělečné péče, která je ale v kraji jedinečná a je zájem na jejím poskytování, je odsouhlasen radou kraje. Nyní záleží na tom, zda jej na svém dalším zasedání schválí i zastupitelstvo. Pokud by se tak stalo, bylo by to poprvé, co by Karlovarský kraj kromě investic přispíval i na samotný chod zařízení. Ohlašovaná ztráta karlovarské nemocnice je nyní 62 milionů korun.

## Specializovaná péče

Nemocnice během necelých dvou let provozu pavilonu akutní medicíny podle slov předsedy před-

stavenstva výrazně posílila svou funkci spádového zařízení a koncentraci náročnější péče pro pacienty z celého regionu. Údaje nemocnice uvádějí, že počet hospitalizovaných pacientů na oddělení ARIM (ARO + intenzivní péče) stoupl o 50 %, zvýšil se také počet pacientů ošetřených na pohotovosti a došlo k výraznému nárůstu počtu pacientů přijímaných z ambulance pohotovosti přímo na lůžka intenzivní péče. To má za následek i vyšší náklady nemocnice.

## Plány vedení

Úspory bude nemocnice hledat při nákupu materiálu zejména na kardiologii, ortopedii a obecně při nákupu léků. Naopak navýšit prostředky plánuje nové vedení u mezd středního zdravotnického personálu. Zaměstnanci mohou dle Märzových slov počítat se zvýšením platu již v průběhu několika týdnů.

„V dlouhodobém horizontu 4 až 5 let je pak cílem minimalizovat nutnost dotací od kraje pro zajištění činností, zajistit spádovou



Illustrace foto: archiv

nemocnici pro region v Karlových Varech v oborech, které ostatní poskytovatelé nenabízejí, a vyšší stupeň péče v oborech ostatních. S tím souvisí i pokračování prací na projektu centralizace nemocnice v Karlových Varech,“ uvedl předseda März.

V Chebu je cílem zejména dokončení stavebních úprav a další rozvoj nemocnice. (iso)

## Krajské nemocnice Královéhradeckého kraje mění vedení

Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje má nové tříčlenné představenstvo, které má nově pravomoc jmenovat představenstva krajských nemocnic. Funkce ředitelů budou ke konci měsíce zrušeny.

Pravomoci ředitelů převezmou předsedové představenstev.

### Zvýšení osobní odpovědnosti

Nové zřízení se týká oblastních nemocnic v Trutnově, Náchodě a Jičíně a Městské nemocnice Dvůr Králové nad Labem. „Změny ve vedení nemocnic jsou plně v kompetenci holdingu a vycházejí z našich představ o jiném způsobu řízení Zdravotnického holdingu i jednotlivých nemocnic a o zvýšení osobní odpovědnosti za prosperitu každé nemocnice. Členové představenstev tak budou například ručit i svým

osobním majetkem,“ uvedl v prohlášení nový předseda představenstva Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje Jiří Skřivánek.

### Nové vedení se stále hledá

Dosavadní ředitel nemocnice v Náchodě Miroslav Vávra nastoupí na místo v představenstvu nemocnice ve Dvoře Králové nad Labem. Nový řídicí pracovník největší krajské nemocnice se tedy stále hledá, stejně tak i v případě dalších zařízení. „Složení budoucího představenstva náchodské nemocnice zatím není známo, protože jednání s uchaze-

či stále probíhají. Dá se předpokládat, že dosavadní ředitelé trutnovské a jičínské nemocnice přejdou do představenstev nemocnic. Jejich předsedové budou známi až poté, co se předsednictva sejdou v plném složení,“ uvedl pro naši redakci Michal Friček z tiskového oddělení Královéhradeckého kraje.

Dodal také, že nové vedení náchodské nemocnice čeká po nástupu do funkce práce na stabilizaci zařízení po personální stránce a řešení akutních problémů, které souvisí s posunem termínu rekonstrukce i samotnou přípravou nemocnice na rekonstrukci. (iso)

## Záchranka ve Skutči bude sloužit nonstop

Radní pardubického kraje v polovině června odsouhlasili zájem, aby se provoz základny zdravotnické záchranné služby ve Skutči prodloužil a sloužila tak potřebným nepřetržitě.

Skutečská základna obsluhuje oblasti Chrudim a Hlinska. „Otevřením stanoviště Zdravotnické záchranné služby ve Skutči v loňském roce se podařilo zkrátit dojezdové doby za pacienty. Rozšíření dvanáctihodinového provozu na nepřetržitý je tedy logickým výústupným a dalším zkvalitněním dostupnosti zdravotnických služeb na Skutečsku,“ uvedl v prohlášení hejtman Pardubického kraje Martin Netolický.

### Navýšení rozpočtu

Nepřetržitý provoz záchranky ve Skutči bude zahájen 1. září 2014. „Do konce roku 2014 navýšíme rozpočet o 840 tisíc korun. S celodenní službou záchranářů v této části regionu počítáme i v příštích letech,“ uvedl náměstek hejtmána pro zdravotnictví Roman Líněk. Pardubický kraj má celkem 16 výjezdových základen záchranné služby.

(iso)

## Pardubický kraj pomůže svým nemocnicím téměř 100 milionů korun

Pět nemocnic Pardubického kraje dostane od svého vlastníka finanční výpomoc formou tzv. vyrovnávacích plateb v hodnotě 97,5 milionu korun. Odsouhlasili to krajští zastupitelé.

Peníze a odpustění úhrad za nájem a pojištění si vyjednala i Pardubická krajská nemocnice.

### Služby obecného zájmu

Pardubická krajská nemocnice by tak měla letos jako jediná z krajských zařízení vykazovat zisk, a to cca 61 milionů korun. Vyrovnávací platby pro nemocnice Pardubický

kraj používá už několik let. Vyrovnává jími ztrátový provoz služeb obecného zájmu, jako je například nepřetržitý provoz oddělení urgentní medicíny a pohotovostních služeb nebo záchytné stanice. V roce 2012 kraj poskytl svým zdravotnickým zařízením formou odpustění nájmu a pojistného přes 215 milionů korun, loni pak 145 milionů. Přesto kraj le-

tos očekává finanční ztrátu, která bude u všech zařízení dohromady činit cca 44 milionů.

### Den nemocnice

Pardubická krajská nemocnice také uspořádala pátý ročník „Dne nemocnice v Pardubicích“. V programu byla zahrnuta preventivní vyšetření a specializované porad-

ny, například prohlídka pigmentových znamének či vyšetření nitroočního tlaku. „Nově jsme ho prováděli speciálním přístrojem Corvis, který jsme měli pro tuto příležitost zapůjčený. Eliminuje chyby běžného bezkontaktního měření a podává informaci o skutečném tlaku uvnitř oka,“ uvedl primář očního oddělení Jan Novák. Návštěvníky preventivních prohlídek zajímalo i vyšetření na oddělení ORL nebo měření bo-

dy mass indexu a výživová doporučení, která měli možnost konzultovat s odborníky.

Pardubická krajská nemocnice také oficiálně obdržela finanční dary od soukromého sektoru: Šek na 300 tisíc korun na nákup ultrazvukového přístroje pro diagnostiku novorozenců a další na 200 tisíc korun na pořízení fetálního monitoru pro porodnicko-gynekologickou kliniku.

(iso, ČTK)

# Zlepší skandální chyby péči o anglické pacienty?

V Anglii se několik let vlekle opakované šetření nedostatků ve zdravotní péči v jedné ze staffordských nemocnic, které provozuje Mid Staffordshire NHS Foundation Trust.

Šetření se nejprve týkalo let 2005–2008, ale nakonec pokračovalo i v dalším období.

Výsledná zpráva obsahuje skandální zjištění: u 400–1200 pacientů lze předpokládat, že byli závažně poškozeni (a někteří zbytečně zemřeli) nedostatečnou péčí – ta navíc zahrnovala prakticky všechny oblasti, od urgentních zákroků přes infekce až po špatné stravování, s vysokou mírou úmrtnosti. O kauze pravidelně informuje mj. BBC s tím, že tento „skandál“ nakonec paradoxně přinese zvýšení bezpečnosti pacientů v celé Anglii.

## Odpovědný lékař

Staffordská nemocnice má nyní již nové vedení, jeho původní členové zčásti rezignovali na své funkce, zčásti byli odvolá-

ni. Zdravotnické zařízení dostalo pokuty a muselo také zaplatit odškodnění několika rodinám. Některé sestry, jež v něm působily, byly vyškrtuty z úředního registru a ztratily tak možnost pokračovat ve své profesi. V současné době nemocnice informuje o tom, že kontrolní orgány, které sledují její aktivity, potvrdily pokrok v úsilí zkvalitnit zdravotní služby. Nicméně BBC uvádí, že resortní ministerstvo zvažuje zrušení regionální pobočky Národní zdravotní služby (NHS), která staffordskou nemocnici provozuje. Diskutuje se o možnosti převést příslušná zdravotnická pracoviště na jiného provozovatele nebo je sloučit s jinými nemocnicemi.

Vedení ministerstva ve spolupráci s odbornými lékařskými orga-

nizacemi připravuje směrnici pro celkové zvýšení bezpečnosti pacientů. Ta má reagovat na zhruba 290 doporučení, jež vyslovili členové vyšetřovacích komisí, kteří se „skandální nemocnicí“ zabývali (vyšetřovací spisy představují přes milion stránek). Jedním z opatření se má stát pravidlo, podle něhož bude každému hospitalizovanému přidělen dostatečně zkušený lékař s hlavní odpovědností za celkovou péči. Jméno tohoto lékaře by mělo být umístěno nad lůžko pacienta. Vedle povinností lékařů se zpřesní také úkoly sester, které se mimo jiné mají detailněji zabývat otázkami pacientů ve vztahu k léčbě. Britská asociace pacientů nová opatření vítá, ovšem s dovětkem, že je třeba zajistit, aby byl lékař odpovědný za péči v praxi sku-

tečně v dostatečném kontaktu s nemocným.

## Žebříčky na internetu

V mezidobí, kdy probíhala šetření, se NHS, která v minulosti smluvně zajišťovala péči právě ve staffordské nemocnici (a patrně nevěnovala dostatečnou pozornost vyšší míře úmrtnosti v tomto zařízení), zasadila o vytvoření informačního servisu pro pacienty. Ve spolupráci s lékařskými společnostmi a fakultami publikuje seznam lékařů včetně jejich konkrétních léčebných výkonů v určitém období a míry úmrtnosti pacientů u nich léčených. Na prvním místě se to dnes týká chirurgických oborů – od ortopedie přes srdeční operace až po onkologické či endokrinnologické zákroky.

Pacient si tak může ověřit, který lékař provádí za rok nejvíce výkonů a s nejlepšími výsledky. Lékařští profesionálové k těmto údajům dodávají vysvětlení, aby si i laik uvědomoval, že někteří lékaři řeší převážně nejrizikovější nemocné, u nichž bývá vyšší úmrtnost, zatímco jiní se více věnují jednodušším případům. Občané mohou jednotlivé lékaře porovnávat s celostátním průměrem. Stát přitom zajistil, aby každé zdravotnické pracoviště, jež začne vykazovat horší léčebné výsledky, bylo okamžitě pod dohledem kontrolorů.

Pacienti v Anglii se mohou na základě těchto dat na internetu rozhodovat, na jaké pracoviště se nechají se svým zdravotním problémem objednat, ke kterému lékaři, případně si mohou vybrat lékaře s nejlepšími výsledky jako svého „poradce“ před zákrokem. Národní zdravotní služba jim doporučuje, aby využili i rozbor dat spolu se svým praktickým lékařem, který jim pomůže zvolit nejvhodnější nemocnici. Část britských lékařů se do těchto změn aktivně zapojila, někteří ovšem mají obavy ze zesilujícího tlaku na svou práci.

Vladimíra Boškova

## Ve Vídni může osiřet až 200 praxí

Z 1800 vídeňských smluvních ambulantních lékařů jich dvě stě hodlá odejít do důchodu, takže jejich praxe budou co nevidět prázdné, hrozí prezident vídeňské pobočky rakouské lékařské komory Thomas Szekeres.

Již nyní je podle něj nutné hledat nástupce těchto lékařů. Komora však politiky upozorňuje i na potřebu zabývat se počtem lékařů z celkového pohledu. Ještě před 10 lety se na vídeňské lékařské fakultě vzdělávalo 20 tisíc studentů, v současnosti jich je jen 13 tisíc. Z nich čtvrtinu tvoří cizinci, u nichž se předpokládá, že se po ukončení studia pravděpodobně opět vrátí do svých domovských zemí. U dalších 20 % mediků – ač jde o Rakušany – komora očekává, že se budou chtít dostat do zahraničí za lepšími pracovními a platovými podmínkami.

## Kdo rozhodne o nemocnici

Komora také upozorňuje na pokračující spor mezi lékaři vídeňské všeobecné (univerzitní) nemocnice a rektorem univerzity, který na začátku letošního roku v rámci úsporných opatření škrtl 12 lékařských úvazků, jež se dotýkají nočních služeb některých specialistů. Thomas Szekeres se obává, že

„scénář protestů se vyhrtí“, pokud rektor Wolfgang Schütz své kroky nepřehodnotí. „Od 16 hodin nyní chybějí odborníci na léčbu bolesti a mimo jiné konziliární psychiatři,“ uvádí prezident Szekeres. Rektora má podle něho i další problém: stovky studentů mají letos od srpna absolvovat roční praxi, ale není jasná dostupnost školicích míst. Pokud jde o zajištění ambulantní smluvní péče, komora musí pro obsazení ordinací získat souhlas svazu zdravotních pojišťoven (případný spor by řešil soud). O vídeňské všeobecné nemocnici rozhoduje univerzita spolu s magistrátem. Záměrem politiků je zřídit nad tímto zdravotnickým zařízením nezávislou společnost s dozorčí radou. V té sice mají být zástupci magistrátu a univerzity, ale šlo by o více nezávislé rozhodování o nemocnici (včetně jejích zaměstnanců). Zřízení nového způsobu dohledu nad nemocnicí se plánuje od ledna příštího roku, ale „tak dlouho lékaři nechťejí čekat“, varuje Thomas Szekeres.

(vla)

## CDC vyšetřuje možnou nákazu antraxem

Americké Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) prošetřuje možnou nákazu antraxem u 86 pracovníků vládních laboratoří v Atlantě.

Podle CDC je na vině neopatrná manipulace se vzorky, jež laboranti pravděpodobně zapoměli před transportem na jiné pracoviště v rámci výzkumného centra „deaktivovat“. „Pracovníci, kteří se domnívali, že vzorky byly deaktivovány, nepoužili adekvátní osobní ochranné vybavení, když pracovali s materiálem,“ uvádí se v prohlášení CDC. Incident vyšetřovala i FBI, úmyslné zavinění však neprokázala. CDC ujistilo, že žádný z exponovaných pracovníků nejví příznaky sněti slezině a že všem poskytlo potřebnou péči.



Ilustrační foto: Wikimedia

Antrax se stal v minulosti v USA nebezpečnou biologickou zbraní, když jej například v roce 2001 dostalo poštou několik politiků. Otrávené zásilky vedly v zemi k 5 úmrtím. Kvůli možnému riziku opakovaného zneužití této bakterie chtějí na šetření případu dohlížet i zákonodárci. „Když jde o výzkum bioterorismu, není místo na chyby či nedbalost a musejí být přijata veškerá opatření k zajištění bezpečnosti našich vědců,“ uvedl šéf sněmovního výboru pro energetiku a obchod Fred Upton.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

## Apel německých lékařů na politiky

Spolková lékařská komora informuje o hlavních závěrech z letošního, již 117. dne německých lékařů. Ten byl zaměřen jak na další zkvalitňování zdravotní péče, tak na zlepšení pracovních podmínek profesních pracovníků.

Lékaři apelují na politiky, aby zajistili finančními i dalšími opatřeními vyváženou dosažitelnost ambulantní i ústavní neodkladné péče, jež se týká úrazů a dalších závažných zdravotních stavů, s lepší provázaností všech souvisejících oborů. Zvláštní část svého rokování účastníci Dne německých léka-

řů věnovali ochraně dat pacientů v rámci výzkumných studií tak, aby nedocházelo k jejich úniku ve prospěch komerčních společností bez výslovného souhlasu pacienta.

## Flexibilnější model služeb

Diskuse se dotkla také úhrad zdravotní péče od pojišťoven, které by

měly pokrýt určitý průměrný počet pacientů. Komora dále podpořila úsilí Německé společnosti nemocnic, jež zahájila kampaň za novelizaci evropské směrnice týkající se pracovní doby. Komora od politiků požaduje, aby vytvořili prostředí pro „flexibilnější“ modely pracovních služeb v nemocnicích.

(vla)

# Velká Británie znovu debatovala o poplatku za návštěvu lékaře

Profesní organizace Royal College of Nursing (RCN), zaštiťující ošetrovatelský personál, se na své výroční konferenci zabývala i otázkou zavedení poplatku za návštěvu praktického lékaře. Nakonec delegátky sjezdu hlasovaly proti této platbě pacienta.



Ilustraci foto: Shutterstock

litické strany by se námi měly řídit a ve světle příštích voleb jasně deklarovat, jaká je jejich představa o budoucím financování NHS. Je třeba nyní přestat s věštěním a začít mluvit o reálných řešeních a dlouhodobých vizích pro NHS," zdůraznil Peter Carter. Nakonec však sestry v rámci svého liverpolského setkání hlasovaly jednoznačně proti návrhu poplatků – více než 90 % delegátů s nimi vyjádřilo nesouhlas.

„V budoucnu přijde doba, kdy se budeme muset rozhodnout mezi zvýšením daňového zatížení obyvatel nebo platbami za veřejné služby, včetně zdravotnictví. Debata nad zavedením poplatků se tak ještě najisto objeví. Ačkoli je to pro mnohé subjekty stále silně tabuizované téma, je nesmírně důležité začít přemýšlet nad budoucností," komentoval výsledky hlasování Andy McGovern.

Dave Dawes z manchesterské organizace RCN ve svém projevu zaměřeném proti přijetí poplatku u praktického lékaře uvedl, že si bohužel dovede představit svět, kdy se lidé „budou dívat do svých kapes, aby zjistili, kolik mají peněz a zda si mohou návštěvu lékaře dovést, či ne. V takové zemi už jsme žili a rozhodli se, že nadále nechceme. Proto jsme zavedli NHS," podotkl Dave Dawes.

## BMA v pokušení

Úvahy o zavedení poplatku za návštěvu lékaře zaznívaly před nedávnem i od lékařů – Britská lékařská asociace (BMA) vydala po jednom ze zasedání regionálních organizací prohlášení, podle něhož by poplatek vybíraný od některých pacientů „zdůraznil hodnotu“ služeb praktického lékaře. Návrh však byl smeten ze stolu poté, co se proti němu postavila řada osobností britského lékařství, včetně bývalého předsedy výboru pro praktické lékařství při BMA Laurence Buckmana, který prohlásil, že poplatek by vedl „k přežití nejbohatších, nikoli léčbě těch skutečně nemocných“. BMA proto výsledek hlasování na konferenci RNC přivítala. „Nejen že by byl takový systém složitý a finančně náročný na zavedení,

ale ještě by vytvořil hranici mezi péčí a nejzranitelnějšími skupinami obyvatel. Přístup pacientů ke zdravotní péči by měl být založen na jejich potřebách, nikoli na velikosti jejich bankovního konta," prohlásil tiskový mluvčí BMA. Podobně reagovalo i ministerstvo zdravotnictví, které deklarovalo, že zavádění poplatku za návštěvu praktického lékaře rozhodně nemá v úmyslu.

## Nevážíme si věcí zdarma

Téma zavedení poplatků za některé služby, jež dosud pacienti v rámci NHS využívají zdarma, není ve Velké Británii ničím novým. Na podzim loňského roku

vydala nezávislá organizace Reform zprávu, v níž navrhla poplatek za návštěvu praktického lékaře ve výši 10 liber. Kromě toho zpráva zmiňovala rovněž 10librový poplatek za každou noc, po kterou je pacient hospitalizovaný v nemocnici, zvýšení poplatku za recept, platbu za péči spojenou s koncem života a pokutu ve výši 10 liber, pokud se pacient nedostaví k lékaři v dohodnutý termín. Reform navíc nepočítala s výjimkou pro žádnou ze skupin obyvatel (v současnosti jsou od poplatků osvobozeni senioři a těhotné ženy).

Oficiální statistiky předvídají, že v roce 2020 dosáhne roční dluh

NHS 30 miliard liber. Odborníci se rovněž obávají výrazného úpadku úrovně poskytované zdravotní péče. Deník *Daily Mail* připomíná, že poplatek za návštěvu praktického lékaře je zaveden téměř ve dvou třetinách západních zemí, v polovině pak nemocní platí i za hospitalizaci. Z loňského průzkumu mezi 440 praktickými lékaři vyplynulo, že 51 % by se zavedení poplatku nebránilo.

Jedním z těch, kteří by zavedení poplatku za návštěvu ordinace přivítali, je dr. Shailendra Bhatt. „Denně mám spoustu pacientů, kteří přicházejí, aniž by k tomu vlastně měli důvod – prostě se zastavili, protože šli kolem“. Lidé si neváží levných věcí, natož něčeho, co mají zdarma," uzavírá lékař.

(Zdroje: *Guardian, Daily Mail*)

(kha)

## MZ SR chce definovat poplatky v ordinacích

Slovenská ministryně Zuzana Zvolenská se rozhodla stanovit, za jaké úkony by měl pacient v ordinaci lékaře platit poplatky. Dosud v této oblasti panovala výrazná volnost a záleželo na lékaři, za co a v jaké výši peníze vybírá.

Ministerstvo se k úpravě poplatků rozhodlo poté, co na základě stížností pacientů provedlo analýzu, za co všechno lékaři peníze požadují. Šetření zjistilo, že není výjimkou, pokud nemocný platí za objednání na vyšetření, předepsání lázni (obojí nejčastěji 5 až 10 eur), vypsání receptu (3–5 eur), ale také za klimatizaci v čekárně, potvrzení omluvenky do školy (1–3 eura), poskytnutí čísla na mobilní telefon, injekci či zavedení infuze (3–5 eur) nebo možnost nabít si v čekárně mobilní telefon.

## Lékař je podnikatel

„Žádný z poplatků ve smyslu navrhované novely zákona o zdravotní péči nemůže omezit přístup pacienta k vyšetření. Chceme jasně stanovit, za co má pacient platit," cituje deník *Pravda* Zuzanu Zvolenskou. Ministryně dodala, že lékaři mohou vybírat poplatky za služby, jež přímo nesouvisí s vyšetřením dané nemoci, za které dostávají úhradu od zdravotní pojišťovny. Novinkou v připravované legislativě má být i povinnost vystavit nemocnému doklad o zaplacení služby s přesným uvedením, za co pacient platí. Cena a podoba placeného výkonnosti pak musí být specifikována

v ceníku. Zákon, který by podobu poplatků v ordinacích upravoval, by měl v nejbližších dnech zamířit k připomínkovému řízení. Zuzana Zvolenská doufá, že v platnost by mohl vstoupit ještě koncem letošního roku.

Lékaři vybírání poplatků v ordinacích nejčastěji odůvodňují tím, že administrativní úkony, k nimž se většina z nich váže, jsou mnohdy časově náročné a zdravotní pojišťovny je nehradí. Viceprezident Asociácie súkromných lekárov Marian Šóth pro deník uvedl, že lékař jako soukromý podnikatel může sám určovat, za co mu pacienti platí, a že pacient má v rámci volného trhu vždy možnost lékaře změnit. Odmítá také názor ministerstva, že by byly poplatky placeny ve stejné výši po celém Slovensku. Souhlasí nicméně s tím, že je třeba v oblasti poplatků legislativní úpravy přijmout a odstranit ty nejabsurdnější.

## Možnosti jiné formy plateb

U poplatků, které ministerstvo definuje jako povolené, však úřad nepočítá se zavedením maximální výše, ta i nadále zůstane na vůli lékařů. Iveta Kureková z banskobyst-

rické župy se obává, že zrušení některých poplatků zapříčiní zvýšení těch, které se na seznam ministerstva dostanou. Prezident Asociácie na ochranu práv pacientov Petr Kuchera, který tuto obavu rovněž sdílí, chce proto poplatky a jejich výši monitorovat a uveřejňovat. „Lékaři, kteří budou vybírat vysoké poplatky, budou uveřejňováni na internetu. Rádi bychom v tomto ohledu spolupracovali se samosprávami," potvrdil pro *Pravdu*.

Deníkem oslovení lékaři s omezením poplatků či rušením některých z nich většinou nesouhlasí. Například internista Juraj Mistrík upozorňuje, že na Slovensku nebyla od roku 2008 upravována hodnota bodu, ale výdaje lékařů na provoz ordinace neustále stoupají. „Musíme nějak přežít. Mám dohodu s pacienty, že mi nějaký ten poplatek zaplatí. Vybírám 10 eur za objednání pacienta, který ke mně chodí jednou za půl roku, žádné další poplatky už nevybírá," říká lékař a dodává, že pokud by musel poplatek rušit či upravovat, znamenalo by to pro něho vážný problém. Věř však, že se se svými pacienty dohodne na jiné formě platby, například sponzoringu či podpoře ambulance.

(Zdroj: *Pravda*)

(kha)

RCN tradičně zastávala názor, že přístup k primární zdravotní péči v rámci Národní zdravotní služby (NHS) má být bezplatný. V současnosti však představitelé organizace upozorňují, že prostředky NHS „nejsou bezedné“.

Andy McGovern, jenž pracuje jako sestra v jedné z londýnských nemocnic, patří k menšině ošetrovatelů, kteří se zavedením poplatku za návštěvu praktického lékaře souhlasí. Podle něho by se mělo jednat o fixně stanovenou částku, již by pacient při každé návštěvě musel platit. „Je nutné, abychom na toto téma zahájili velmi vážnou debatu, protože finanční prostředky se v budoucnu najdou jen těžko," upozornil Andy McGovern.

## Jasný nesouhlas

Výkonný ředitel RCN Peter Carter ještě před začátkem konference ujistil, že sestram „velmi záleží na osudu NHS a nebojí se složitých rozhovorů o její budoucnosti“. „Dali jsme jasně najevo, že řešením finančních problémů, v nichž se NHS nachází, není snižování platů zaměstnanců zdravotnických zařízení, kteří jsou své práci oddáni. Poplatky za návštěvu praktického lékaře jsou kontroverzním tématem, které je však velmi silně spjato se samotnou podobou NHS. Po-

## Z VĚDY A VÝZKUMU

# Konec „zlatého dogmatu“ reprodukční medicíny?

Od počátku 50. let minulého století měli reprodukční biologové ve věci vzniku savčích oocytů jasno. Oocyty vznikají a vstupují do meiózy v ovariích během embryonálního vývoje samice. Na svět přicházejí samičky savců s vytvořenou početnou populací oocytů, jejichž meiotické zrání je zablokováno v profázi prvního meiotického dělení.

Po narození již nové oocyty v ovariu podle tohoto dogmatu nevznikají. Z ovariální „zásoby“ oocytů pak po celý další život pouze ubývá – a to jednak spontánním zánikem oocytů apoptózou a nebo tím, že oocyt dokončí zrání, ovuluje, může být následně oplozen spermii a vyvinout se v nového jedince. Za výjimku z tohoto železného pravidla byli považováni například madagaskarští lemuři, u kterých vznikají nové oocyty i v ovariích dospělých samic.

**Kacíř reprodukční biologie**  
Pokusy vyvrátit „zlaté dogma“ reprodukční biologie mají dlouhou tradici. Vesměs byli zastánci těchto teorií považováni za

nezodpovědné fantasty. A není divu. Ve vědě platí, že pro závažná tvrzení je třeba předkládat velmi pádné důkazy. A ty chyběly. Předložil je až americký lékař Jonathan Tilly, který společně s týmem spolupracovníků publikoval v březnu 2002 „kacířskou“ studii dokazující, že u laboratorních myší vznikají nové oocyty i v dospělosti. Diferencují se z tzv. *germ stem cells* (GSC), čili zárodečných kmenových buněk, jež se nacházejí v korové části ovaria dospělých myších samiček. Jonathan Tilly dokazoval, že spontánní zánik oocytů apoptózou probíhá v ovariu dospělé samice takovým tempem, že bez kontinuální obnovy diferenciací GSC by se populace

oocytů velmi rychle „vyčerpala“ a myši by ztratily plodnost. Myši si ovšem udržují plodnost do poměrně vysokého věku.

## Znepokojivá vize

Studie vyvolala bouřlivé reakce. Přední světoví reprodukční biologové se proti ní postavili v bezmála jednotné frontě. Do ohně propuknutých sporů profesor Tilly přilil oleje další studií, ve které dokazoval, že myši *germ stem cells* vznikají z buněk, které migrují do ovaria z kostní dřeně krvním řečištěm. To už byla pro mnoho vědců „příliš silná káva“.

Pokud by se výsledky Tillyho studie potvrdily a měly obecnější platnost pro ostatní savce včetně

člověka, otevíralo by to znepokojivé možnosti. Buňky, ze kterých vznikají nové oocyty, by mohly být přeneseny od dárce na příjemkyni například při krevní transfuzi nebo při transplantaci kostní dřeně. Ženy, jež by porodily dítě po předchozí transfuzi krve nebo transplantaci kostní dřeně, by pak z ryze genetického hlediska nebyly biologickou matkou dítěte, které by porodily. Jeho biologickou matkou by pak byl dárce krve či kostní dřeně.

Jonathan Tilly ve svých experimentech ukázal, že tuto znepokojivou vizi nelze vyloučit. Při pokusu na myších samicích, které se lišily proteinovými markery a měly parabioticky propojené krevní oběhy, demonstroval v ovarích obou samic mimo jakoukoli pochybnost přítomnost oocytů vykazujících jak markery typické pro vlastní organismus myši, tak i markery typické pro její parabiotický „protějšek“.

## Lidské GSC

Na drtivou kritiku svých studií reagoval Jonathan Tilly citátem, který je (zřejmě nepravě) připisován německému filozofovi Arthuru Schopenhauerovi: „Všechny zásadní objevy procházejí třemi stadii. Nejprve jsou zesměšňovány, později zuřivě vyvraceny, aby byly nakonec přijaty jako naprostá samozřejmost.“ Zpočátku byl prof. Tilly za své práce skutečně až zesměšňován. Naštěstí se rychle objevily výzkumy z jiných pracovišť, které jeho neortodoxní teorii dávaly za pravdu. Existenci *germ stem cells* v ovariu dospělé myši prokázali velmi přesvědčivě např. čínští biologové. Nevyřešená ale zůstávala otázka, zda nové oocyty vznikají v dospělosti také u člověka. Ve spolupráci s japonskými kolegy získal Jonathan Tilly pro svůj experiment unikátní materiál – ovaria zdravých žen, které se podrobily ovariectomii v rámci změny pohlaví. A na těchto ovarích prokázal přítomnost GSC. Členy jeho týmu byli i reprodukční biologové z řad jeho nedávných „zavilých nepřátel“.



Prof. Jonathan Tilly | Foto: Northeastern.edu

Teorie profesora Tillyho již dnes prakticky nikdo nezesměšňuje. O tom, že by byly „přijaty jako samozřejmost“, sice nemůže být řeč, ale těch, kdo je „zuřivě vyvracejí“, významně ubylo. Zdá se, že podobně, jako tomu bylo v 90. letech minulého století s dogmatem o „zákazu nových neuronů“ v lidském mozku, ztrácí i „zlaté dogma“ reprodukční biologie na platnosti.

## Co přináší změna dogmatu?

Přijetím Tillyho interpretace dynamiky procesů v populaci oocytů v ovariu by se významně změnil náhled na řadu procesů spojených s reprodukcí. Například důvodem menopauzy by nebylo primárně vyčerpání populace oocytů, ale zánik populace *germ stem cells*. Mnohé nasvědčuje tomu, že pro existenci a plnohodnotnou funkci těchto kmenových buněk jsou klíčové okolní buňky vytvářející pro GSC příhodnou buněčnou niku. Ve stárnoucím ovariu ztrácí buněčná nika schopnost podporovat GSC a ty zanikají. Předčasný nástup menopauzy by tak byl důsledkem narušení populace těchto kmenových buněk a poklesu úrovně doplňování populace oocytů. Ohledy na existenci a význam *germ stem cells* by bylo zapotřebí brát například při kryokonzervaci ovarí nebo ovariálních štěpů u prepubertálních pacientek s onkologickým onemocněním, kterým kryokonzervace ovaria nebo jeho částí skýtá šanci na zplození biologicky vlastních dětí.

Kryokonzervační postupy jsou různé šetrné k různým typům buněk v tkáni. Postupy kryokonzervace šetrné k oocytům nemusejí být nutně stejně šetrné i k GSC. Přitom pro úspěšnou reprodukci jsou podle Jonathana Tillyho tyto kmenové buňky klíčové, zatímco zaniklé oocyty mohou být nahrazeny právě diferenciací buněk z GSC. *Germ stem cells* v ovariu dospělých žen představují také cílovou strukturu pro negativní efekty endokrinních disruptorů, jež jsou aktivní právě vůči kmenovým buňkám a jejich efekt nemusí být tak razantní na populaci oocytů.

prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

## Metformin zpomaluje stárnutí

Belgický vědec Wouter De Haes z Katolické univerzity v Lovani společně se svými kolegy našel nový důkaz, že světově nejpoužívanější antidiabetikum metformin zpomaluje stárnutí a zvyšuje délku dožití.

O výsledcích studie informoval časopis americké Národní akademie věd (*Proceedings of the National Academy of Sciences*, PNAS). V rámci výzkumu se autoři zaměřili na mechanismus, jímž metformin zpomaluje stárnutí. Zjistili, že lék způsobuje v buňkách zvýšení množství vysoce reaktivního kyslíku, což však paradoxně z dlouhodobého hlediska přispívá k vyšší životnosti buněk. Mitochondrie generují malé elek-

trické výboje, aby mohly zásobovat buňky energií. Vedlejšími produkty tohoto procesu je mimo jiné právě vysoce reaktivní kyslík. Ten je sice toxický a může například poškodit DNA nebo negativně ovlivnit různé funkce buňky, jeho malé množství však může být podle vědců naopak přínosem.

„Pokud zůstane množství molekul reaktivního kyslíku v buňce malé, z dlouhodobého hlediska na ni působí pozitivně. Buňky totiž využí-

jí kyslík ke svému prospěchu dříve, než může způsobit škody,“ vysvětluje Wouter De Haes. „Metformin způsobuje nepatrné zvýšení počtu molekul tohoto kyslíku, a jak jsme zjistili, buňky jsou díky němu silnější a žijí déle,“ doplňuje.

## Důkaz u háďátek

Autoři studie zkoumali mechanismus účinku metforminu na háďátkách obecných (*Caenorhabditis elegans*), která jsou pro výzkum stárnutí ideálním modelem, protože žijí v průměru 3 týdny. Jak stárnou, tyto červi se zmenšují, snižuje se u nich mobilita a povrch jejich těla se výrazně zvrásní. „Jenže háďátka, kterým byl podán metformin, vykazovala mnohem menší známky stárnutí – nezaznamenali jsme téměř žádné zmenšení ani vrásky. Stárnula pomaleji, ale také zůstávala déle zdravá,“ popisuje Wouter De Haes. „Ačkoliv musíme být velmi opatrní v aplikování našich výsledků u lidí, jsem přesvědčen, že tato studie představuje velmi slibný základ pro budoucí výzkum,“ je přesvědčen její autor.



Háďátka obecná; vlevo porovnání povrchu těla červa ve skupině bez metforminu a s metforminem. | Foto: Wouter De Haes

(Zdroj: Katolická univerzita v Lovani) (kha)

# Efekt cetuximabu u pacientů s mKRK

## – nové výsledky mutační analýzy studie CRYSTAL

Na letošním kongresu ASCO, jenž se konal ve dnech 30. 5. – 3. 6. v Chicagu, byly prezentovány nové výsledky subanalýzy studie CRYSTAL. Ta se zaměřila na léčbu pacientů s metastatickým kolorektálním karcinomem (mKRK) randomizovaných k režimu FOLFIRI plus cetuximab, nebo bez cetuximabu a na výsledky v závislosti na mutačním stavu genů RAS.

### Výchozí uspořádání a výsledky studie

Studie CRYSTAL byla randomizovaná studie fáze III, která zahrnovala 1198 chemoaivních

pacientů s mKRK, z toho 666 s nádorem s wt KRAS (exon 2). Autoři studie zjistili, že přidání cetuximabu k FOLFIRI v léčbě 1. linie pacientů s mKRK a wt KRAS vedlo ke statisticky významnému prodloužení přežití bez progresu (*progression-free survival*, PFS), celkovému přežití (*overall survival*, OS) a zvýšení četnosti léčebných odpovědí (*response rate*, RR) oproti pacientům, kteří dostávali pouze FOLFIRI. U pacientů s nádory s mutací KRAS v exonu 2 nebyl pozorován žádný přínos přidání cetuximabu.

### Použitá metoda subanalýzy

U dostupných pacientů s nádory

wt KRAS (exon 2) ze studie CRYSTAL byl proveden *screening* 26 mutací (nové RAS) ve 4 dalších kodonech genu KRAS (exony 3 a 4) a 6 kodonech genu NRAS (exony 2, 3 a 4), při kterém byla použita technika BEAMing (pro analýzu byl zvolen hraniční bod 5% senzitivity). Výsledky léčby byly hodnoceny podle mutačního stavu genů RAS (u KRAS exony 2, 3 a 4 a u NRAS exony 2, 3 a 4).

### Výsledky dle mutačního stavu genů RAS

Mutační stav bylo možno hodnotit u 430 ze 666 (65%) pacientů s nádory s wt KRAS (exon 2). Nové mutace RAS byly detekovány u 63 ze 430 (15%) pacientů.

U pacientů s nádory s wt RAS vedlo přidání cetuximabu k FOLFIRI k významnému zlepšení všech výsledných ukazatelů: prodloužení mediánu PFS na 11,4 měsíce oproti 8,4 měsíce u chemoterapie samotné (HR 0,56; 95% CI 0,41–0,76;  $p = 0,0002$ ) a prodloužení OS dokonce o 8,2 měsíce (medián OS 28,4 měsíce oproti 20,2 měsíce u chemoterapie samotné; HR 0,69; 95% CI 0,54–0,88;  $p = 0,0024$ ); četnost léčebných odpovědí pak dosáhla 66,3% oproti 38,6% u samotného FOLFIRI (*odds ratio* 3,11; 95% CI 2,03–4,78;  $p < 0,0001$ ).

U pacientů s nádory s jakoukoli mutací RAS (u KRAS v exonu 2 + nové RAS mutace) nebyl pozorováno

ván přínos přidání cetuximabu k FOLFIRI.

### Závěr

Studie potvrdila příznivý efekt kombinace cetuximab + FOLFIRI u pacientů s mKRK s wt RAS v 1. linii léčby a naopak neprokázala tento efekt u pacientů s mutací genů RAS. Uvedená zjištění mohou přispět ke zlepšení individualizace léčby cetuximabem s cílem maximalizovat dosažený klinický přínos.

Závěry studie současně vyzdvihují význam molekulárního testování nádorů za účelem identifikace mutací genů RAS. Testování genů RAS by mělo být prováděno už v okamžiku diagnózy onemocnění, což lékařům pomůže ve výběru nejvhodnější léčby 1. linie u pacientů s mKRK.

(Zdroj: Ciardiello F, Lenz HJ, Kohne CH et al. ASCO 2014, abstrakt 3506.) (asa)



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M141000855

**ERBITUX®**  
CETUXIMAB

**Cílený výběr pacientů přináší významné prodloužení přežití<sup>2</sup>**

Merck Serono Oncology | *Combination is key™*

**ERBITUX pro všechny linie léčby pacientů s wt RAS mCRC<sup>1</sup>:**

- v 1. linii v kombinaci s oběma standardními režimy FOLFIRI a FOLFOX<sup>1</sup>

**Merck Serono**

Merck Serono is a division of Merck

**MERCK**

ERBITUX® 5 mg/ml infuzní roztok

Zkrácená informace o přípravku

**Léčivá látka:** cetuximabum. **Indikace:** K léčbě pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem (mCRC) exprimujícím receptor epidermálního růstového faktoru (EGFR) a vykazujícím geny RAS divokého typu. Používá se v kombinaci s chemoterapií na základě irinotekanu, v první linii léčby v kombinaci s FOLFOX, a/nebo jako samostatná látka k léčbě pacientů, u kterých selhala léčba na základě oxaliplatinu a irinotekanu a u pacientů, kteří nesnáší irinotekan. V kombinaci s radiační terapií k léčbě pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku a/nebo v kombinaci s chemoterapií na bázi platiny k léčbě relabujícího a/nebo metastazujícího onemocnění. **Dávkování a způsob podání:** ERBITUX® je podáván 1x týdně. Úvodní dávka je 400 mg/m<sup>2</sup>, následující týdenní dávky jsou každá 250 mg/m<sup>2</sup>. Pacienti musí být premedikováni antihistaminiky a kortikosteroidy nejméně 1 hodinu před podáním cetuximabu. **Kontraindikace:** U pacientů se známou těžkou hypersenzitivní reakcí na cetuximab. Kombinace s chemoterapií zahrnující oxaliplatinu je u metastazujícího kolorektálního karcinomu kontraindikována u pacientů s mutovanými geny RAS nebo u pacientů, u nichž není mutační stav genů RAS znám. Nutno vzít v úvahu i kontraindikace pro současně užívané chemoterapeutické látky nebo radiační terapii. **Zvláštní upozornění:** Často se mohou objevit těžké reakce spojené s infuzí, včetně anafylaktických reakcí, které mohou ve vzácných případech vést až k úmrtí. Výskyt těžké reakce spojené s infuzí vyžaduje okamžitě a trvale přerušení léčby cetuximabem a může být nutná pohotovostní léčba. Příznaky se mohou objevit v průběhu první infuze a až několik hodin poté. Mezi příznaky patří bronchospasmus, kopřivka, zvýšení nebo snížení krevního tlaku, ztráta vědomí nebo šok. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté (≥ 1/10): hypomagnesemie, zvýšení hladin jaterních enzymů, reakce spojené s infuzí. V kombinaci s lokální radiační terapií se objevily nežádoucí účinky jako mukozitida, radiační dermatitida a dysfagie nebo leukopenie, převážně ve formě lymfocytopenie. Mezi kožní reakce patří akneiformní vyrážka, poruchy nehtů (paronychieum). **Interakce:** V kombinaci s infuzemi fluoropyrimidinů se zvyšuje četnost výskytu srdeční ischemie, včetně infarktu myokardu a městnavého srdečního selhání, stejně jako četnost výskytu syndromu ruka - noha. **Léková forma a balení:** Infuzní roztok. Balení obsahuje jednu 20 ml lahvičku s obsahem 100 mg cetuximabu. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck KGaA, Darmstadt, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/04/281/003. **Datum poslední revize textu:** 03/2014. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.

<sup>1</sup>) mCRC = metastazující kolorektální karcinom, wt RAS = KRAS a NRAS exony 2, 3 a 4 divoká forma (wild-type, wt)

**Reference:** 1. SPC Erbitux. 2. Heinemann V, et al. Oral presentation at the European Cancer Congress 2013, September 28. Abstract No: LBA17

Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:

Divize Merck Serono, Merck spol. s r.o., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4  
Tel.: +420 272 084 211, Fax: +420 272 084 307, E-mail: erbitux@merck.cz

## SÚKL INFORMUJE / FARMABYZNYS

# Informace o výskytu padělku léčivého přípravku Kaletra

SÚKL obdržel od německé regulační autority hlášení o výskytu padělku léčivého přípravku Kaletra 200/50 mg, por. tbl. flm.

Německá regulační autorita informuje o záchytu padělků léčivého přípravku Kaletra 200/50 mg, por. tbl. flm., č. š. 276268D (exp. 10/2015), 345118D (exp. 08/2016) a 336398D (exp. 07/2016).

Padělané přípravky byly zachyceny souběžným dovozem v Německu během kontroly při příjmu zboží a nebyly propuštěny na německý trh.

## Podoba padělku

U padělků léčivého přípravku byly zjištěny následující odlišnosti od originálního přípravku:

- Na krabici přípravku může

chybět logo výrobce – společnosti Abbott – nebo může být uvedena jiná adresa než na originálním přípravku.

- Lahvička přípravku má nad logem hnědý čtverec, logo výrobce může chybět.

- Příbalová informace může vykazovat překlepy, může být nečitelná z důvodu převodu formátu příbalové informace z originální velikosti A3 na A4, může chybět řádka s kódy tisku a logo, u národních kontaktů mohou být překlepy a chybějící telefonní čísla, v logu může mít písmeno „b“ jiné zkosení.



Dle vyjádření držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku Kaletra 200/50 mg, por. tbl. flm., společnosti AbbVie Ltd., Velká Británie, nebyly napadené šarže uvedeny na trh v České republice. Uvedené šarže nebyly nalezeny ani v pravidelných hlášeních dodávek distribuovaných léčivých přípravků. Souběžný dovoz do ČR není povolen.

SÚKL žádá distributory a zdravotnické pracovníky o poskytnutí jakékoli informace v případě, že se s přípravkem Kaletra 200/50 mg, por. tbl. flm., uvedených šarží setkají na českém trhu, a to telefonicky na číslech 272 185 906, 333 nebo elektronicky na adresách [zavady@sukl.cz](mailto:zavady@sukl.cz) či [info@sukl.cz](mailto:info@sukl.cz). Ústav má zájem rovněž o informace od distributorů nebo zdravotnických pracovníků v případě, že se setkají s baleními uvedených šarží, které nejsou určeny pro český trh.

Další informace najdete na webu [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz). (Zdroj: SÚKL)

## Ibuprofen – zahájeno celoevropské přehodnocení

Farmakovigilanční výbor (PRAC) Evropské lékové agentury (EMA) zahájil přehodnocení kardiovaskulárních rizik dlouhodobě užívaných vysokých dávek systémově podávaného ibuprofenu.

Kardiovaskulární rizika, která jsou nyní hodnocena, se týkají ibuprofenu v dávce 2400 mg/den užívaného pravidelně a po dlouhou dobu. Ibuprofen je obvykle užíván v nižší dávce a pouze krátkodobě. Podezření na kardiovaskulární rizika se proto netýká většiny pacientů, kteří ibuprofen užívají, a vůbec se netýká ibuprofenu užívaného lokálně na kůži ve formě krémů a gelů. Ibuprofen je jedním z nejčastěji užívaných léků na bolest a zánět a má dobře známý bezpečnostní profil, především v běžných dávkách. Ibuprofen patří do skupiny léčiv známých jako nesteroidní protizánětlivé léky (*non-steroidal anti-in-*

*flammatory drugs*, NSAIDs). Bezpečnost těchto léčivých přípravků, včetně jejich kardiovaskulárních rizik, je dlouhodobě sledována Evropskou lékovou agenturou i národními lékovými agenturami. Někteří údaje, především publikované výsledky analýz údajů z klinických studií, naznačují, že kardiovaskulární riziko diklofenaku a vysokých dávek ibuprofenu (2400 mg/den) může být stejné jako známé riziko inhibitorů COX-2 (také patřících do skupiny NSAIDs).

### Hodnocení interakcí

V roce 2013 PRAC hodnotil údaje týkající se kardiovaskulárních ri-

zik diklofenaku a vydal doporučení k omezení těchto rizik. Nyní se bude zabývat údaji týkajícími se vysokodávkovaného ibuprofenu. PRAC se také bude zabývat údaji ohledně interakce ibuprofenu s kyselinou acetylsalicylovou podávanou v nízké dávce pro prevenci infarktu myokardu a mozkové mrtvice. Zatímco bude přehodnocení probíhat, pacienti by měli své léky užívat podle návodu v příbalovém letáku nebo podle doporučení lékaře či lékárníka.

Další informace najdete na webu [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

(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, ve znění pozdějších předpisů, informuje o:

- Neodkladným opatření držitele rozhodnutí o registraci společnosti B. Braun Melsungen AG, spočívajícím v pozastavení distribuce, výdeje a léčebného použití níže uvedených šarží léčivého přípravku Ringerův roztok Braun, inf. sol., 10x 500 ml (číslo šarže: 131958141).

Pozastavení distribuce, výdeje a léčebného použití výše uvedené šarže léčivého přípravku je prováděno z důvodu prověření možné závady v jakosti.

- O závadě v jakosti léčivého přípravku Solcoseryl, orm. pst. (číslo šarže: 920800).

Držitel rozhodnutí o registraci, společnost MEDA Pharma, s. r. o., Praha, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení výše uvedené šarže léčivého přípravku až z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – výsledky mimo limity specifikace (obsah kyseliny močové).

(Zdroj: SÚKL)

## Krátce z (farma)byznysu

- Britská farmaceutická skupina Shire odmítla návrh na převzetí ze strany svého amerického konkurenta AbbVie. Nabídka ve výši 27,2 miliardy liber (asi 935 miliard Kč) totiž označila za podhodnocenou. Americká společnost již v minulosti předložila dva návrhy na převzetí Shire.

Britská firma předpokládá, že do roku 2020 její roční tržby z prodeje výrobků stoupnou na 10 miliard dolarů, což by znamenalo více než dvojnásobek oproti loňsku. Shire také upozornila, že AbbVie se jí snaží koupit celou kvůli atraktivnímu daňovému základu v Irsku, kde má Shire sídlo pro daňové účely.

- Farmaceutická společnost Novartis vytvoří letos v Praze dalších 150 nových pracovních míst. Pro stejný počet pozic firma již dokončila první fázi nábory zaměstnanců pro nově vytvořené IT centrum v českém hlavním městě. V letošním roce by se měl počet zaměstnanců IT centra více než zdvojnásobit.

Pražské IT centrum poskytuje sdílené služby pro další pobočky společnosti po celém světě, jde například o plánování zdrojů prostřednictvím programu SAP, management informací nebo vývoj mobilních aplikací.

- Výrobce farmaceutických a biologicko-veterinárních přípravků

Bioveta z Ivanovic na Hané letos v poleletí podle prvních odhadů zvýší svůj obrát o 11% na 540 milionů korun. Za celý letošní rok plánuje poprvé obrát ve výši 1 miliardy Kč. Za jeho růstem stojí především uvádění nových výrobků na trh a prodeje v oblastech, kde firma dosud neměla některé přípravky registrované.

Společnost letos počítá i s vyšším ziskem. Loni v poleletí vydělala 90 milionů, letos za stejné období to má být 120 milionů korun. O 10–15% se má zvýšit zisk i za celý letošní rok. Bioveta vyrábí především veterinární očkovačské látky. Podílí se na vývoji vakcíny proti borelióze, jejíž využití chce rozšířit i pro humánní medicínu.

- Biotechnologická společnost Sotio z investiční skupiny PPF Petra Kellnera otevřela v Číně nový komplex laboratoří. Firma chce v této zemi vyrábět terapeutické přípravky pro pacienty s nádorovým onemocněním prostaty a plic.

Výrobní komplex v Pekingu pro ni bude teprve druhým místem po Praze, kde bude mít k dispozici takzvané čisté laboratoře, splňující standardy pro výrobu aktivní buněčné imunoterapie proti nádorovému onemocnění. Laboratoře se rozkládají na ploše 3500 metrů čtverečních a mají zaměstnávat až 200 lidí.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

# Češi nevěnují pozornost ledvinám a slinivce

Koncem dubna byla ukončena druhá část preventivního programu „Zdraví národa“, jež se tentokrát zaměřila na vyšetření funkce ledvin, diabetu a některých ukazatelů týkajících se slinivky.

Této části projektu společnosti synlab se zúčastnilo 2770 osob. Výsledky jsou podle autorů alarmující. U 51 % z nich se minimálně v 1 ze 7 sledovaných parametrů

potvrdil pozitivní nález (u 6 pacientů byly hodnoty překročeny ve všech parametrech). „Každý druhý Čech měl ve výsledcích minimálně jeden z parametrů mi-

mo referenční mez – znamená to tedy, že má problémy s ledvinami či slinivkou, a měl by se jim proto ve zvýšené míře věnovat,“ říká praktický lékař MUDr. Aleš

Ducháček a dodává, že na rozdíl od předchozího vyšetření jater, ve kterém hůře dopadli muži, v případech ledvin a slinivky mají častější potíže ženy.

## AKTUALITY

tovat s praktickým lékařem. Nejhorší výsledky u glukózy se přitom týkají žen nad 50 let věku, které měly pozitivní nález o třetinu častěji než muži.

Dalším problémem české populace se při vyšetření v rámci programu ukázal kreatinin. Ten byl mimo referenční mez téměř u 12 % pacientů. Výrazně hůře na tom jsou opět ženy, u kterých vyšly špatné výsledky 3x častěji než u mužů. Častým problémem vyšetření ledvin a slinivky byla také urea v krvi. Pozitivní nález měl přibližně každý desátý vyšetřený, přičemž opět výrazně častěji byly mimo referenční mez ženy (a to v poměru 3 : 1 ve prospěch mužů). O něco lépe, přesto s poměrně častým výskytem mimo referenční mez, si Češi vedli ve výsledcích vyšetření kyseliny močové v krvi. Zde byl problém u 5 % vyšetřených. Nálezy mimo referenční mez zaznamenali lékaři také u vyšetření na alfa-amylázu v krvi, lipázu a pankreatickou amylázu. „Všechny tyto sledované faktory přitom ukazují na fakt, že česká populace má často problémy s ledvinami a slinivkou, přitom o nich velmi pravděpodobně ani neví,“ uzavírá MUDr. Ducháček.

(Zdroj: synlab)

(red)

## Dabigatran etexilát schválen v EU pro léčbu a prevenci HŽT a PE

Evropská komise schválila přípravku dabigatran etexilát pro léčbu a prevenci rekurence hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie (PE).

Rozhodnutí následuje po schválení dabigatran etexilátu (Pradaxa) v této indikaci americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA), který tak učinil již začátkem roku.

### Příčina zbytečných úmrtí

„Jsme velmi potěšeni rozhodnutím Evropské komise schválit preparát pro pacienty s hlubokou žilní trombózou a plicní embolií. Došlo tak k potvrzení jeho velmi dobře prověřené účinnosti a bezpečnosti v programu klinických hodnocení s téměř 10 tisíci pacienty trpícími hlubokou žilní trombózou a plicní embolií a s více než 40 tisíci pacienty napříč různými indikacemi,“ uvedl výkonný ředitel medicínské-

ho oddělení společnosti Boehringer Ingelheim profesor Klaus Dugi. Dodal, že plicní embolie jako následek žilní trombózy je stále hlavní příčinou zbytečných úmrtí, ke kterým dochází v nemocnicích. Téměř 1 ze 3 pacientů s plicní embolií do 3 měsíců zemře a u 4 z 10 pacientů se objeví další krevní sraženina do 10 let od jejího prvního výskytu.

### Snížení rizik

Schválení ze strany Evropské komise následuje po kladném stanovisku vydaném Výborem pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékové agentury (EMA) vycházejícím z výsledků tří rozsáhlých klinických studií fáze III, které prokáz-

aly účinnost dabigatran etexilátu v léčbě a prevenci rekurence hluboké žilní trombózy a plicní embolie ve srovnání s warfarinem. Data ze čtvrté klinické studie ukázala u pacientů užívajících preparát snížení rizika opakovaného vzniku krevních sraženin o 92 % ve srovnání s placebem.

Pokud jde o bezpečnost, výsledky u pacientů s hlubokou žilní trombózou a plicní embolií užívajících dabigatran etexilát ukázaly významně nižší výskyt krvácení než u pacientů užívajících warfarin, což vede k celkově příznivému bezpečnostnímu profilu ve prospěch přípravku.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(red)

## Další důkazy vlivu GDF11 na mozek a svalovinu u starších myší

Tým vědců z Harvardovy univerzity uveřejnil v květnu 2014 v NEJM studii, podle níž spojení cirkulace krve starých a mladých myší zvrátí diastolickou dysfunkci, ke které dochází během procesu stárnutí, a identifikoval molekulu zodpovědnou za tento jev jako *growth differentiation factor 11* (GDF11).

Je známo, že hladina tohoto faktoru je u mladých zvířat vysoká a klesá s věkem. Vědecký tým nyní oznámil, že systematické podávání GDF11 způsobuje zlepšení svalového výkonu a odolnosti a dokáže zvrátit degeneraci příčně pruhovaného svalstva, ke které došlo během stárnutí. Ve svalových buňkách myší, jež dostávají GDF11, je vidět daleko menší poškození DNA jak v jádrech, tak v mitochondriích a tato zvířata podávají daleko vyšší svalový výkon.

### Faktory proti stárnutí

Přidávání GDF11 mladým myším nemá žádný efekt – pravděpodobně

proto, že přirozená hladina GDF11 je u nich vysoká. Efekt na mozkovou tkáň u starších myší při systematickém podávání GDF11 se projevuje zvýšeným objemem a průtokem krve v mozkových cévách, zvýšeným počtem neurálních kmenových buněk, zlepšením kognitivních schopností a čichu. Přímé spojení cirkulace starých a mladých myší mělo ještě zřetelnější efekt než podávání samotného GDF11, což znamená, že v krevním oběhu mladých zvířat existují ještě jiné faktory proti stárnutí.

### Zlepšení plasticity

V jiné studii z Kalifornie použili vý-

zkumníci – namísto spojení cirkulace – krevní plasmu mladých zvířat, kterou injikovali starým myším a dosáhli tak zlepšení plasticity na synapsích a schopnosti starších myší naučit se něco nového.

Z těchto prací vyplývá, že krev mladých myší obsahuje látky, jež mohou zvrátit proces stárnutí v srdeční i příčně pruhované svalovině a v mozku. Je jisté, že jednou z těchto látek je zmíněný GDF11. Jestli však tato molekula bude mít popsaný efekt také na jiné orgány, zvrátí proces stárnutí u lidí a bude mít terapeutický význam, bude ještě předmětem dalších výzkumů.

(Zdroj: Science)

(mls)

## HPV vyřazuje z akce protinádorovou ochranu genů

Výzkumný tým na University College London (UCL) objevil, že na vzniku rakoviny děložního čípku po infekci HPV se podílejí geny, které patří do skupiny *APOBEC*.

Normálně jsou geny *APOBEC* zapojeny do obrany proti virovým infekcím tak, že zakódují proteiny vyvolávající mutace v DNA invazivních virů, které jejich DNA modifikují a tím zabrání další replikaci viru. Studie z UCL však přináší informace, že po infekci lidským papilomavirem může *APOBEC* stejným způsobem vyvolat mutace proti vlastní DNA.

Více než 99 % karcinomů cervixu vzniká po infekci HPV a existence vakcín poskytuje určitou ochranu a tím i prevenci. I když spojení mezi rakovinou a geny z rodiny *APOBEC* bylo známo z dříve publikovaných prací, teprve tato studie ukázala, že po infekci HPV geny *APOBEC* velmi často způsobují specifické mutace v genu zvaném *PIK3CA*. Tento gen se podílí na regulaci a růstu buněk a hovoří se o něm v souvislosti se vznikem řady typů karcinomu.

### Střelba do vlastních řad?

Podle jednoho z autorů této práce, dr. Stephena Hendersona z UCL

Cancer Institute, zatím není jasné, proč infekce HPV působí na geny *APOBEC* tak, že dojde k mutaci *PIK3CA*. Je možné, že lidské tělo reaguje na infekci takovým zvýšením aktivity *APOBEC*, že se prostě zvyšuje pravděpodobnost „střelby do vlastních řad“, nebo má virus specifickou schopnost ovlivnit reakci genů *APOBEC* tak, že si pro mutaci vyberou nesprávný cíl – své vlastní geny.

Vědci nyní doufají, že se jim v dalším stadiu výzkumu podaří zjistit, co se stane po infekci HPV s buňkami, jejichž geny *APOBEC* byly odstraněny (vymazány), a hodlájí sledovat, zda bude možné předpovědět riziko vzniku karcinomu po infekci HPV.

Bude-li možné genetickými testy identifikovat skupiny pacientek s vysokým rizikem karcinomu děložního čípku, měly by výsledky těchto studií velký význam pro budoucí organizaci screeningu a vakcinačního programu.

(Zdroj: Cell Reports)

(mls)

## ROZHOVOR

# Základní principy kardiologické prevence jsou univerzální

Profesor Francisco Lopez-Jimenez, který působí na Mayo Clinic v americkém Rochesteru a současně spolupracuje s brněnským ICRC, se specializuje na souvislost mezi tělesným metabolismem pacienta a jeho náchylností ke kardiovaskulárním chorobám. O podmínkách realizace projektu Kardiovize v USA a u nás poskytl rozhovor při své květnové návštěvě.

## Jak jste se profesně orientoval a co vás přivedlo k preventivní kardiologii?

Absolvoval jsem kardiologické vzdělání v Miami, v Bostonu a na Harvard Medical School, ještě předtím jsem studoval epidemiologii. To mi pomohlo pochopit, co v kardiologii funguje. Nej důležitější mi připadalo pochopení skutečnosti, že preventivní kardiologie má na rozdíl od nákladné invazivní kardiologie větší dopad na život mnohem většího počtu lidí. Proto jsem se rozhodl věnovat prevenci.

## Kdy došlo k vašemu angažmá na Mayo Clinic a na co jste zde zaměřil?

Začal jsem na ní působit před třinácti lety a mou základní myšlenkou bylo přispět k rozvoji oboru preventivní kardiologie. Snažíme se pomáhat lidem, kteří jsou ohroženi kardiovaskulárními nemocemi, zejména infarktem. Pacienti by měli v první řadě vědět, jak je to vážné s jejich srdcem a co mají dělat, aby je infarkt nepostihl.

Vytvořili jsme různé programy pro pacienty přicházející s otázkami okolo zdraví srdce, například pro ženy, pro lidi, kteří nemohou užívat léky na snižování

cholesterolu, nebo pro pacienty, kteří potřebují speciální cvičení.

## V americkém Rochesteru realizujete program Kardiovize. Co bylo v USA při jeho prosazování nejobtížnější?

První výzvou bylo přesvědčit veřejnost o tom, že ischemická choroba srdeční je vážný problém a že to, zda předejdou infarktu, je ze 70 procent v jejich rukou. Druhou pak bylo dosažení změn v přístupu města tak, aby měl program jeho plnou podporu. Šlo například o zavedení nekuřáckých restaurací a barů nebo nyní nedávný koncept „Kompletní ulice“, kde je při plánování každé nové ulice pamatováno i na pruh pro cyklisty. Přesvědčovat lidi ke změnám bylo poměrně obtížné, ne každý je z nich totiž nadšený. Pokud přijmete s nezvyklými doporučeními, někteří lidé se cítí dotčeni, protože se dozvídají, že jejich dosavadní zvyky se považují za škodlivé. Postupně se podařilo dosáhnout toho, že je většina lidí v Rochesteru s prosazováním Kardiovize spokojená a jsou nyní hrdí na to, že se programu účastní. Trvalo ale několik let, než lidé program přijali, postupně se začali účastnit projektů a vzali je za vlastní.

## Jakou roli v komunikaci s veřejností hrála média v počátcích projektu a jak jich využíváte nyní?

Pomoc médií od začátku velmi oceňujeme. Nejprve spolupráce vypadala například tak, že každý týden byl k dispozici na lokálním rádiu patnáctiminutový pořad, kde jsme mohli mluvit na téma zdraví a srdce. Lidé pak do rádia telefonovali a dál se o této problematice informovali. Kromě toho jsme měli prostor v místním tisku, kde jsme v pravidelné rubrice informovali o nejnovějších poznatcích preventivní medicíny, ale v novinách jsme využili i větší formáty. Nové objevy jsme prezentovali i v národních médiích. V současnosti mají v komunikaci stěžejní roli sociální média, tedy Facebook a Twitter.

## Jak se vám daří implementovat americký program v Brně?

Věříme, že základní principy kardiologické prevence jsou univerzální a pochopitelně jsme přesvědčeni, že univerzální je i touha po zdraví. Největší rozdíly mezi Rochesterem a Brnem spočívají v tom jak přenést potřebné informace k lidem; to je vázáno na místní kulturu. Kdybych měl sám takový program implementovat do českých podmínek, asi by se to nepovedlo. Naštěstí máme velký a kvalitní tým, který je zmíněné univerzální zásady schopen aplikovat v podmínkách města Brna. Hlavní zásluhu na tom, že program v Brně začal a rozvíjí se, mají doktor Ondřej Sochor a docent Tomáš Kára, kteří pomohli s rozjezdem Kardiovize.

## Co už bylo v Brně v rámci Kardiovize realizováno?

Zjistili jsme, že rizikové faktory onemocnění srdce jsou zde stejně vysoké jako jinde v Evropě, takže už v této fázi jsme dokázali, že je zde potřeba tato nebezpečí preventivně ovlivňovat. Se vzorkem asi 1700 obyvatel Brna, které jsme již zařadili do šetření, jsme schopni udělat dob-

rou epidemiologickou práci, nyní pracujeme na několika zprávách o tomto výzkumu. Zahájili jsme také spolupráci s magistrátem města a vypadá to, že do budoucna bude těsnější.

## Zjistili jste nějaký rozdíl mezi oběma městy, pokud jde o zjištěná data?

Zatím nemáme dostatečný počet vyšetření a analýz, aby se něco dalo říci jednoznačně, ale už teď vidíme, že je zde například výrazný rozdíl, pokud jde o množství kuřáků – v Brně je jich dvakrát více než v Rochesteru.

## Jak při realizaci Kardiovize vypadá spolupráce s jinými institucemi?

Například v oblasti genetiky chceme pokračovat ve spolupráci s univerzitou v Lundu, v Brně jde o biotechnologickou platformu, centrum molekulárního a buněčného inženýrství a centrum regenerativní medicíny. V těchto platformách budou spolupracovat odborníci z Masarykovy univerzity, VUT v Brně a Veterinární a farmaceutické univerzity. Je to také Vysoké učení technické v Brně a jeho Centrum sportovních aktivit (CESA), kde se bude využívat skvěle vybavené sportoviště na Palackého vrchu a jeho volné kapacity pro veřejnost.

## Co lze říci o rizikových faktorech kardiovaskulárních nemocí obecně?

Mezi nejzávažnější problémy patří kouření, ale i obezita, jejíž incidence se zvyšuje zejména u dětí. Kromě toho jsou rizikem nedostatečný pohyb a nesprávná výživa. Důležité ale také je, aby lidé znali svůj aktuální zdravotní stav, hodnoty tlaku, cholesterolu a cukru. Mnoho z nich o nich totiž neví a myslí si, že je vše v pořádku, když nemají žádné příznaky.

Naše nové výzkumy také ukazují, že není důležitá jen vlastní váha a hodnota BMI, ale i to, kde je tuk uložen. Obecně tedy platí, že i lidé, kteří mají normální



Foto: Martin Ježek

hmotnost, mohou mít problém s procentem tělesného tuku. Nemusejí být obezní, ale i tak jsou ohroženi kardiovaskulárním onemocněním. Na to jak pracovat s obezitou zatím není jednoznačný názor, ale domníváme se, že důležitá je velikost porce a také uvědomění si vlastní nadváhy. Například v USA byl s tím posledním problémem, protože bylo politicky nekorektní mluvit o tom, že je někdo obezní.

## Které z částí preventivního programu jsou podle vás nejnádražnější a naopak?

Nemyslím si, že některý z cílů je dosažitelný snadno, ale zřejmě nejméně obtížné je přimět lidi ke zvýšení pohybových aktivit. Jde totiž o kulturu, jež podporuje pohyb. Obtížné by také nemělo být vyvarovat se pasivního kouření. Jednou z nejobtížnějších věcí je naopak změna stravovacích návyků. Často jíme to, co jedli naši rodiče a prarodiče, tradice se přenáší a může trvat generace, než se to změní. Změnit stravovací návyky a preference, to je velká výzva. Proto věříme, že je třeba začít s programy, které jsou jednodušší z hlediska změny, a zvýšit povědomí o těchto problémech.

K pochopení vážnosti problematiky může přispět i znalost dat – většina Čechů umírá na kardiovaskulární onemocnění. Lidé jsou často překvapeni, že u srdečně-cévních onemocnění je mnohem vyšší riziko než u rakoviny. Podle statistiky onemocní rakovinou 33 procent české populace a zemře 25 procent, na kardiovaskulární onemocnění zemře 49 procent lidí.



Spolu s doc. Tomášem Károu rozjiždějí projekt Kardiovize v Brně.

Foto: Martin Ježek



# Gastroenterologie

## – dialog mezi Evropou a Asií

Praha hostila ve dnech 12.–14. června účastníky 10. mezinárodního gastroenterologického sympozia (ISG). Hlavními tématy konference byly kontroverze v gastrointestinální onkologii, nový pohled na klinický management nespecifických střevních zánětů, novinky v léčbě jaterních onemocnění a živé přenosy z endoskopických sálů.

Cílem sympozií je zprostředkovat výměnu poznatků v oblasti gastroenterologie a hepatologie zejména mezi odborníky ze střední a východní Evropy a střední Asie. Do pražského hotelu InterContinental přijelo diskutovat 285 účastníků ze Španělska, Německa, Česka, Slovenska, Polska, Slovinska, Srbska, Bosny a Hercegoviny, Moldávie, Estonska, Litvy, Běloruska, Ukrajiny, Uzbekistánu, Kazachstánu, Kyrgyzstánu a Ruské federace. „Atmosféra kongresu umožňuje přátelskou a neformální výměnu informací, které jsou pro nás inspirující. Je pravda, že některé východní země jsou méně rozvinuté než my, ale máme ještě v ži-

vě paměti situaci před 20 lety a víme, že si musíme vůči chudším státům uchovat respekt,“ vysvětlil prezident kongresu a předseda České gastroenterologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

### Z historie sympozií

Tradici Mezinárodních gastroenterologických sympozií založil před 20 lety tehdejší generální ředitel firmy PRO.MED.CS Dr. Rudolf Bares ve spolupráci se zastupci Evropské společnosti gastrointestinální endoskopie (ESGE) – profesorem Armengolem Miró ze Španělska a profesorem Nowakem z Polska, s podporou tehdejšího prezidenta České gastroenterologické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Jana Kotrlíka, CSc. První sympozium se konalo v Andoře a zúčastnily se jej dvě stovky lékařů z Česka a Slovenska, Polska, Španělska a Andory.

S úspěšnou expanzí společnosti PRO.MED.CS na farmaceutický trh ve východní Evropě a střední Asii v novém tisíciletí se měnilo jak zastoupení účastníků a řečníků, tak místo konání kongresů. Sedmé sympozium tak proběhlo v Tallinnu, osmé v Kyjevě a deváté v Taškentu. Výroční desáté sympozium přineslo ohlednutí za minulými akcemi v úvodní přednášce docenta Kotrlíka. Po něm pak navázal tzv. Baresovou přednáškou na téma „Endoskopická léčba komplikací endo-

skopické terapie“ profesor José Ramón Armengol Miró, jenž je považován za jednoho z předních světových endoskopistů a průkopníka mnoha experimentálních endoskopických výkonů.

### Onkologické výzvy a kontroverze

„V oblasti gastrointestinální onkologie jsou pro nás v současnosti stěžejní dvě oblasti, a to individualizovaný léčebný přístup, který se stal středem zájmu především v souvislosti s nástupem biologické léčby, a dále otázka radikality chirurgických zákroků. Chirurgická léčba, která se tradičně využívala při odstraňování tumorů, se postupně vyvíjí směrem k laparoskopickým a endoskopickým miniinvasivním výkonům,“ uvedl profesor Špičák. Zmíněná témata byla obsahem prvního bloku sympozia, které se zaměřilo na léčbu gastrointestinálních malignit, význam screeningu kolorektálního karcinomu, refluxní ezofagitidu a stále velice nepříznivou prognózu rakoviny pankreatu.

Problematice Barrettova jícnu, který vzniká jako komplikace zánětu v důsledku refluxní choroby jícnu, se věnoval profesor Joachim Mössner z Německa. Ve svém příspěvku shrnul výsledky recentních studií a vyslovil závěry týkající se významu *surveillance* a endoskopické léčby této prekancerózy. Právě endoskopická léčba se u Barrettova jícnu významně uplatňuje. Za neefektivnější terapii u pacientů s vysokým stupněm dysplazie se však považuje kombinace endoskopické resekce a radiofrekvenční ablace, která by podle prof. Mössnera měla mít přednost před chirurgickým zákrokem.

Karcinom pankreatu je v posledních letech na 4. místě, co se týče mortality na onkologická onemocnění. V roce 2013 bylo v České republice podle údajů Institutu biostatistiky a analýz diagnostikováno 2200 nových případů s 56% mortalitou. Tumor bývá



Prof. José Ramón Armengol Miró. | Foto: Martin Rímánek

diagnostikován většinou v rozvinutém stadiu onemocnění a jen u pětiny pacientů je resekovatelný. „Prognóza ca pankreatu je bohužel stále nepříznivá, nedaří se nalézt specifický mechanismus onkogeneze, na který by se dala zacílit potenciální léčba. Vypadá to, že v organismu volně kolují nádorové buňky již v počátečním stadiu rozvoje zhoubného onemocnění, takže ani radikální odstranění nádoru nemoc nevyčelí,“ posteskl si profesor Špičák. Doporučení a závěry týkající se léčby tohoto zhoubného nádoru přednesl na sympoziu prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., z Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Podle jeho sdělení je resekce jediným terapeutickým výkonem významně prodlužujícím přežití. To dále prodlužuje radikální resekce následovaná adjuvantní radioterapií a léčba pacienta ve vysokoobjemovém centru. Naproti tomu paliativní léčba a léčba pacienta mimo centrum nemají vliv na delší přežívání nemocných.

### Léčba nespecifických střevních zánětů

Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., z Klinického centra Iscare předsedal bloku zaměřenému na idiopatické střevní záněty (IBD). Ve svém příspěvku se zaměřil na problémy spojené s diagnosti-

kou a léčbou perianálních komplikací, které se vyskytují asi u 30–50% pacientů s Crohnovou chorobou. V diagnostice perianálních lézí se vedle klinického vyšetření uplatňují magnetická rezonance a endosonografie, z léčebných postupů je možno dle indikace volit biologickou terapii, imunosupresiva, případně antimikrobiální léčbu a specifické chirurgické přístupy.

MUDr. Zuzana Šerclová z Ústřední vojenské nemocnice ve svém příspěvku shrnula některé zásady prevence pooperačních komplikací u Crohnovy nemoci. Podle ní IBD vyžadují nejen specializovaný přístup v rámci vysokoobjemového centra a výběr vhodné techniky, ale také správné načasování výkonu a správnou předoperační medikaci. Mesalazin, azathioprin a methotrexát neovlivňují výskyt pooperačních komplikací, kortikosteroidy biologická terapie a kombinovaná imunoterapie riziko těchto komplikací zvyšují. Dalším nepříznivým faktorem zvyšujícím riziko pooperačních komplikací operací je malnutrice.

Podle profesora Špičáka je problémem i to, že řada pacientů s IBD je léčena nedostatečně. Biologická léčba, kterou je u těchto onemocnění třeba podávat dlouhodobě, někdy i celoživotně, je dostupná jen části nemocných, navíc má ▶



Prof. Milan Lukáš. | Foto: Martin Rímánek



Foto: Martin Rímánek

řadu vedlejších účinků. Na druhé straně jsou někteří pacienti léčeni nadměrně, kdy kromě biologické terapie nadbytečně užívají další preparáty. V neposlední řadě se pak Česká republika potýká s nedostatkem zkušených chirurgů schopných provádět tyto superspecializované výkony.

### Hepatologické novinky

Dva přednáškové bloky (pod vedením prof. Petra Hůlka z ČR a prof. Marka Hartleba z Polska) se věnovaly novinkám v léčbě ja-

terních chorob. Čeští přednášející se zaměřili na některé aspekty endoskopické léčby, mj. na roli endoskopie u portální hypertenze, bezpečnost UDCA v těhotenství či využití Danišova stentu v terapii ezofageálního varikózního krvácení.

Prof. Alexander Dechêne z Německa následně referoval o „pro a proti“ elastografie coby moderní techniky pro vyšetření jaterní tkáně. Výhodou této metody je její neinvazivnost, reprodukovatelnost, snadná diagnostika

cirhózy, možnost prediktivního hodnocení jaterních komplikací a kvantifikace steatózy, nevýhodou pak relativně nízká použitelnost (u 80 % pacientů) nebo nedostatečná rozlišovací schopnost fibrózy a zánětu.

### Epidemiologická data z východu

Přednášející z Kazachstánu, Kyrgyzstánu a Ruské federace mimo jiné přinesli epidemiologická data ze svých zemí. „Konfrontace s problémy východních zemí je pro nás inspirující,“ uvádí k tomu profesor Špičák. „Velmi zajímavé jsou například údaje o výskytu některých chorob, ať už se jedná o nádorová nebo infekční onemocnění.“

Na kongresu byla prezentována data o výskytu rotavirové infekce ve střední Asii (R. Latipov a kol., Uzbekistán), výskytu nealkoholové jaterní steatózy (NAFLD) na klinice v Biškeku (S. I. Umarova, Kyrgyzstán) a prevalenci jaterních chorob v ruské metropoli (prof. M. V. Maevskaya a kol., Ruská federace).

První tým sledoval možný výskyt rotavirové gastroenteritidy na více než 20 tisících dětí do 5 let věku na území Kyrgyzstánu, Uzbekistánu a Kazachstánu v letech 2007–2009. Rotaviry byly identifikovány u 26 % z celkového počtu sledovaných a měly za následek úmrtí téměř 900

dětí. Rotaviry jsou v dané věkové skupině a daném regionu ročně příčinou 12,5 tisíce hospitalizací a 1700 úmrtí. Podle autorů studie by rotavirová vakcína pomohla snížit dětskou morbiditu a mortalitu.

V Biškeku zjistili, že více než třetina pacientů, kteří ve sledované době navštívili vybrané zdravotnické zařízení, trpěla NAFLD. Z toho 75 % mělo steatózu, 20 % steatohepatitidu a 4 % jaterní cirhózu. Jako nejčastější rizikový faktor byla určena nadváha a obezita.

Výzkumníci z Ruska, kteří vyšetřili 5 tisíc obyvatel Moskvy, zjistili pomocí dotazníkového šetření a laboratorních vyšetření, že 30 % z nich má abnormální jaterní testy. Nejčastější příčinou byly NAFLD, alkoholické poškození jater a HCV-infekce.

### Live endoscopy

Součástí sympozia byly také přednášky týkající se endoskopických výkonů a několik živých přenosů ze sálů. Perorální endoskopickou myotomií provedl doc. MUDr. Jan Martínek, Ph.D., z pražského IKEM, a sice pomocí metody POEM, kterou lze podle profesora Špičáka považovat za současnou vlakovou loď endoskopie. Dále byla představena řada standardních i inovativních endoskopických metod pod koordinací MUDr. Tomáše Hucla, Ph.D.



Prof. Joachim Mössner.

| Foto: Martin Řimánek

„Endoskopie je metoda, která se neustále rozvíjí a integruje do sebe další vyšetřovací a léčebné postupy. Naším cílem je moci efektivně a bez histologie stanovit stupeň a prognózu patologického procesu a zahájit tak včas léčbu,“ uzavřel prezident kongresu. V průběhu sympozia byla udělena cena za nejlepší prezentovaný poster. Porota ve složení doc. Jan Kotlík a prof. Libor Vítek ocenila práci „Gas-jet liver dissection: benefits and limitations“, jejíž výsledky přijel do Prahy prezentovat Denys Skoryi z Ukrajiny.

MUDr. Andrea Skálavá



Prof. Julius Špičák. | Foto: Martin Řimánek

## Co nového v hepatologii?

Nová generace virostatik umožňujících vyléčit hepatitidu C, neinvazivní vyšetřovací metody nahrazující jaterní biopsii, nové přístupy k řešení portální hypertenze či podceňované nebezpečí nealkoholové steatózy – to jsou témata, která aktuálně hýbou českou i světovou hepatologií.

Více nám o nich sdělil **doc. MUDr. Petr Urbánek, CSC.**, a to v souvislosti s nedávno proběhlým výročním kongresem České hepatologické společnosti ČLS JEP – XLII. májovými hepatologickými dny.

### Co je nejvýznamnější hepatologické události či objevem posledních let?

Revoluční novinkou v celosvětovém kontextu je nová léčba virové hepatitidy C. Objevilo se několik molekul, které jsou schopné v některých kombinacích a indikacích tuto virovou infekci zcela vyléčit. K dispozici jsou léky jako boceprevir, telaprevir, v dohledné budoucnosti snad budou dostupné i látky vyšších genera-

ci jako například sofosbuvir, ledipasvir, daclatasvir, dasabuvir, ombitasvir a řada dalších, jejichž vzájemné kombinace, případně kombinace těchto léků s interferonem dokáží definitivně zbavit hostitele viru.

Jedná se o tak dramatickou změnu, že v zásadě pokládáme hepatitidu C za vyřešený problém. Oproti dosavadní léčbě interferonem v kombinaci s ribavirinem je nová léčba jednak kratší – tříměsíční, ale diskutuje se už také o variantě osmi- nebo šestitýdenní léčby. Má minimum nežádoucích účinků, a je tedy pacienti lépe snášena. Účinnost nových léků je vysoká, ale vysoká je i jejich cena. Například měsíční léčba sofosbuvirem vyjde téměř na

400 tisíc korun. Potýkáme se přitom s problémem, že nadnárodní *guidelines* preferují právě tuto nejdražší variantu. Každopádně nástup těchto nových molekul lze pokládat za natolik významný krok v hepatologii, jako bylo popsání viru hepatitidy C před 20 lety.

### Bude u nás léčba novými virostatiky dostupná všem pacientům s hepatitidou C?

To je ideální scénář. Například zmíněný sofosbuvir bude patrně možné podat pacientům v jakémkoli stadiu rozvoje hepatitidy C – před transplantací, po transplantaci jater, běží i studie sledující efekt léčby u pacientů s hepatocelulárním karcinomem. Až se



Foto: Leoš Chodura

nám zdá nemožné, že by mohl jít o takový všelék. Medicínsky tedy přípravek dostupný bude. Ale bude pochopitelně třeba provést různé studie nákladové efektivity a zohlednit tyto výstupy v rámci českého zdravotního systému.

Současně se dostáváme do nové situace. Dosud jsme měli k dispozici omezené léčebné portfolio, jednu nebo dvě varianty léčby hepatitidy C a poměrně jasnou indikaci. Nyní máme k dispozici skupinu virostatik s různými možnostmi kombinací, z nichž

některé budou vyzkoušené, jiné ne, přičemž budou-li některé kombinace rovnocenné, o podání nejspíš rozhodne jejich cena. Léčba hepatitidy C se tedy bude individualizovat jak z pohledu výběru léku, tak co se týče délky jeho podávání.

#### Které z nových léků již pacienti v České republice užívají?

V současné době je možné u nás ze jmenovaných preparátů podávat podle přísných indikačních kritérií boceprevir a telaprevir. Oba preparáty se kombinují s pegylovaným interferonem a ribavirinem. Nejdůležitějším indikačním kritériem je, že se musí jednat o pacienty, u nichž již léčba kombinací pegylovaným interferonem a ribavirinem z nějakého důvodu selhala.

Naivním pacientům, kteří dosud léčení nebyli, nová léčba zatím k dispozici není, nicméně probíhá správním řízení o této indikaci. Byla také podána žádost o úhradu léčby sofosbuvirem, kde očekáváme ještě přísnější indikační kritéria. V návrhu je indikace pro pacienty s pokročilou fibrózou až cirhózou, u kterých nelze podat léčbu obsahující pegylovaný interferon, včetně osob indikovaných k transplantaci jater. Jde tedy jednoznačně o pacienty, kteří nemají jinou alternativu a zároveň jsou neohroženější a terapii potřebují velmi rychle.

#### Můžete upřesnit, jak budete postupovat při výběru pacientů indikovaných k léčbě novými virostatiky před transplantací jater?

Máme v zásadě dvě skupiny pacientů s jaterní cirhózou. U některých z nich dochází k poměrně rychlé progresi tohoto onemocnění a dá se předpokládat, že se v krátké době dostanou na čekací listinu pro transplantaci jater. Tito pacienti nyní mají šanci, že pokud je zbavíme infekce virem hepatitidy C, jejich prognóza se zlepšší a transplantace možná nebude nezbytná. Eliminace viru u nich také vede k velmi významnému snížení rizika rozvoje hepatocelulárního karcinomu.

Naproti tomu u nemocných s již rozvinutým jaterním selháváním, kteří již jsou na čekací listině, se očekávaná životní prognóza bez transplantace pohybuje v horizontu jednoho roku. U těchto pacientů je nebezpečí, že bez léčby se po transplantaci může virová infekce znovu objevit. Tato takzvaná rekurence infekce vede k horšímu přežívání transplantovaných. Studie ovšem ukazují, že užívají-li tyto

pacienti 30 dní před transplantací sofosbuvir, je takřka jisté, že po ní budou HCV negativní a k rekurenci infekce nedojde. Tato skupina pacientů je současně nevhodnější pro některý z *interferon-free* režimů, neboť dotyční mohou silně profitovat z antivirové léčby, i když nemohou užívat interferon.

#### A co pacienti s hepatomem? Mohla by u nich léčba novými virostatiky vést ke zpomalení progresu tohoto zhubného onemocnění?

U hepatitidy C nevíme. V současnosti probíhá studie se sofosbuvirem, ale zatím nemáme ani předběžné výsledky. Předpokládáme, že by zde mohla být určitá analogie s hepatitidou B. U ní se ukázalo, že podpůrná léčba virostatiky, například tenofovirem, po chirurgickém odstranění hepatocelulárního karcinomu může zpomalit progresi zhubného onemocnění.

#### V poslední době se více hovoří také o hepatitidě E. Co je nového v této oblasti?

Zde bych řekl, že kromě zvýšeného přenosu sehrává roli i skutečnost, že se začal sledovat výskyt této choroby. To znamená, že se na tento typ hepatitidy více myslí a častěji se diagnostikuje. Hepatitida E je zajímavá choroba. Patří mezi antropozoonózy, přenáší se především z vepřů a divokých prasat. Nákaza je ale možná i cestou konzumace nedokonalé tepelně upraveného vepřového masa. Není výjimkou, že když se dva lidé podělí o jednu klobásku, z níž část bude nedostatečně uvařená, nakazí se jen jeden z nich. V poslední době se ale objevují zmínky také o interpersonálním přenosu.

Průběh této hepatitidy naštestí nebyvá dramatický, obvykle pacient zežloutne, a pokud je jinak zdravý, nemívá jiné vážné příznaky. Výjimkou jsou gravidní ženy v posledním trimestru, kdy je nemoc spojená s rizikem mortality plodu i matky. A samozřejmě problematický průběh mívá také u lidí imunosuprimovaných a vážně chronicky nemocných.

#### Velký vývoj zaznamenaly v posledních letech neinvazivní vyšetřovací metody v hepatologii. Jaký je jejich přínos?

V hepatologii jsme měli vždy problém zjistit stupeň poškození jaterní tkáně. Histologicky to odpovídá množství vaziva v této tkáni. Když to zjednoduším – na jednom pólu máme zdravou jaterní tkáň a na druhém cirhózu. Mezi tím

je však řada mezistupňů. Běžným vyšetřením, tedy pohmatem nebo ultrazvukem, poznáme až pokročilá stadia. Pro praxi je však důležité znát u řady jaterních chorob míru poškození jater, protože od toho se odvíjí léčba, sledování pacientů, ukazuje to na výši rizika vzniku hepatomu a podobně.

Donedávna jsme byli schopni stanovit *staging* onemocnění pouze pomocí jaterní biopsie. Vlastně 80% prováděných biopsií bylo za účelem určení *stagingu*, ne pro potvrzení diagnózy. Pro diagnostiku máme dnes k dispozici řadu metod z oblasti imunoinalýzy či virové analýzy. Ale víme, že jaterní biopsie je nepopulární invazivní metoda, zatížená i určitým rizikem. Proto se hledaly jiné vyšetřovací metody.

V současnosti už máme k dispozici dva typy nových vyšetření. Jsou to jednak krevní testy stanovující hladiny určitých metabolitů, na jejichž podkladě lze výpočtem stanovit stupeň poškození jater, a jednak metody, které měří elasticitu jaterní tkáně pomocí ultrazvuku nebo mechanického impulzu.

Uvedené metody dokáží s vysokou spolehlivostí určit, jak pokročilé je jaterní onemocnění, aniž by bylo třeba provést biopsii. Přístroje používající různé druhy ultrazvuku či kombinaci ultrazvuku a mechanického pulzu jako FibroScan či ARFI, umožňující tento typ vyšetření, jsou již k dispozici i českým pacientům na několika pracovištích v republice.

#### Na konferenci jste se také věnovali problematice portální hypertenze. Jaké jsou dnes možnosti řešení tohoto problému?

Portální hypertenze a s ní spojené komplikace představují vedle jaterního selhání jeden z nejzávažnějších stavů v hepatologii. Krvácení z jícnových varixů je přes pokroky učiněné v této oblasti stále spojeno s vysokou mortalitou pacientů. K dispozici však dnes máme nové metody kvantifikující stupeň portální hypertenze, které mimo jiné pomáhají upřesnit indikaci k provedení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky neboli TIPS.

Diskutovali jsme také o využití Danišova stentu. V současné době probíhá studie, jež by měla ukázat, kteří pacienti jsou vhodní k endoskopickému výkonu a sklerotizaci varixů a u kterých je vhodnější zavést tento stent. Výhodou Danišova stentu je například to, že jej lze zavést do jícnu jen dočasně a poté extrahovat.



Foto: Les Čechůra

#### Zazněly i příspěvky věnující se efektu Silymarinu. Jaký je váš názor na užívání přírodních preparátů a doplňků stravy v prevenci či podpůrné léčbě jaterních chorob?

Já se v tomto ohledu považuji za odpůrce. Neuznávám tedy přípravky typu Silymarin, Essentiale, Flavobion, Legalon či Liv 52. U žádných z těchto látek nebyl moderními metodikami vycházejícími z principů medicíny založené na důkazech dosud nikdy prokázán pozitivní efekt u kterékoli z jaterních chorob. Proto jsem k léčebnému využití třeba extraktu z ostropestřce krajně skeptický. Vedou mě k tomu i jiné, praktické důvody. Například: Nejčastější jaterním onemocněním je nealkoholové ztukovatění jater (NAFLD). Když mám v ordinaci pacienta s touto diagnózou, moje zásadní doporučení je, že musí zhubnout a pohybovat se. Jakmile mu k tomu přidáte tabletku, on se na ni zafixuje a na ostatní se vykašle.

**Jaká je souvislost mezi nealkoholovou steatohepatitidou a metabolickým syndromem?** Malé vysvětlení na úvod. Nealkoholová steatohepatitida je jedina ze dvou podob nealkoholového

ztukovatění jater, a sice ta závažnější. Na rozdíl od takzvané prosté steatózy totiž u osob se steatohepatitidou dochází v průběhu času k progresi onemocnění až do stadia jaterní cirhózy. Společným jmenovatelem steatohepatitidy a metabolického syndromu je inzulínová rezistence. Steatohepatitida je vlastně jakousi orgánovou manifestací metabolického syndromu, která může předcházet všem ostatním symptomům, jako je obezita, hypertenze či *diabetes mellitus*. Bohužel lidé s NAFLD a steatohepatitidou unikají diagnóze, jejich onemocnění má často plíživý průběh a oni dříve zemřou na některou z kardiiovaskulárních komplikací, jako je iktus nebo infarkt. Vaskulární problematika je totiž v popředí a na to, že se u pacienta rozvíjí cirhóza, se příliš nemyslí. Přitom u takového člověka může být vysoké riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu, dokonce i vyšší než u hepatitidy C. Na nealkoholovou steatózu ale zatím nemáme lék. Jedinou možností jak zabránit rozvoji cirhózy u pacientů je tedy zhubnutí a s tím související možné obnovení citlivosti k inzulínu.

# Nutriční programování v praxi

Na konci května proběhla v Praze konference s mezinárodní účastí nazvaná Výživa dětí časněho věku, iniciovaná projektem „1000 dní do života“. Jejím cílem bylo sjednotit názory odborné veřejnosti na výživu dětí v nejranějším období, kdy se u nich začínají formovat kognitivní a somatické funkce.

Konference, která se zabývala touto aktuální problematikou, probíhala pod garancí tří společností ČLS JEP (České neonatologické společnosti, České pediatrické společnosti, Odborné společnosti praktických dětských lékařů /OSPDL/), Ministerstva zdravotnictví ČR, Společnosti pro výživu a společnosti Nutricia.

Jubilejní sjezd se zaměřil zejména na otázky intenzivně probírané v rámci připravované reformy psychiatrické péče: kam směřuje česká psychiatrie, jak se bude proměňovat psychiatrická péče v příštím desetiletí a kam až sahá systémová změna v oblasti péče o duševně nemocné. Ze širokého záběru přednášek, zahrnujících přes 130 aktivních sdělení, vybíráme přehled nejzajímavějších.

## Prvních 1000 dní – klíčové období vývoje

Odborníci se shodli v tom, že správná výživa je dnes považována za nezpochybnitelný základ optimálního růstu, zdraví a psychosociálního vývoje dítěte.

Ze všech vnějších faktorů ovlivňujících zdraví v pozdějším životě člověka je nejlépe zdokumentována právě výživa v brzkém věku. Adaptační schopnost organismu se v dalším období rychle snižuje. Etapa od početí do batolecího věku se tak stává stěžejní pro vytváření základů vývoje metabolismu, imunity a mozku. Pomocí nutričního programování lze podle současných poznatků ovlivnit nejen fyziologii, ale i budoucí chování dítěte ve smyslu jeho stravovacích návyků.

Odborný program otevřela MUDr. Eva Millerová z odboru zdravotních služeb MZ ČR. Ve svém zahajovacím vystoupení ocenila především to, že problematika výživy dětí v nejcitlivějším období jejich vývoje je neustále aktualizována. V této souvislosti upozornila na trend velkého nárůstu počtu nejrůznějších výživových poradců, konzultantů či nutričních specialistů, kteří k výkonu své činnosti často nemají patřičné vzdělání ani zkušenosti a do rodičovské péče pak vnášejí spíše chaos. Tato situace má podle ní paralelu například v oblasti očkování, kde se bohužel objevují negativní postoje i z řad některých lékařů.

Podobné problémy také vyvstávají kolem předčasného propouštění novorozenců z porodnice. Průnik lidských práv do medicíny je tedy velice komplikovaný, protože zde neexistuje žádné legislativní ukotvení.

## Od starých principů k moderním aplikacím

Profesorka Mary Fewtrellová (University College London Institute of Child Health; Great Ormond Street Hospital) ve svém vystoupení podrobně informovala o nutričním programování v raném věku (*early-life nutritional programming*, ENP), které je předmětem intenzivního výzkumu zejména od 60. let 20. století. V 80. letech pak toto „programování“ bylo definováno jako proces, kdy stimul či inzulit působící v kritickém období vývoje vede k trvalé změně struktury nebo funkce organismu.

Zkoumání vlivu výživy na vývoj jedince i zafixování určitých vzorců chování je ale mnohem staršího data. V krátkém historickém exkurzu autorka sdělení připomněla například princip imprintingu, pozorovaný už po staletí u čerstvě vylíhnutých ptáků, dále studie Clivea M. McCaye (kalorická restrikce u krys a její vliv na dlouhověkost) ze 30. let minulého století nebo „pionýry nutriční“ – Elsií Widdowsonovou a Roberta McCance, kteří se mj. pokoušeli vytvořit ideální skladbu výživy pro různá období života. Další zajímavý experiment s paviány pochází ze 70. let minulého století. Zvířata byla nejprve překrmována, takže dosáhla nadváhy, a poté, když jim byl nadbytek jídla odebrán, se jejich hmotnost normalizovala. V pubertě se u nich ovšem i při zcela běžné stravě znovu objevila obezita. Výzkumníci začali hovořit o naprogramovaném vlivu výživy v časném období života na pozdější vývoj organismu.

Podrobněji se Mary Fewtrellová věnovala zejména několikrát revidované Barkerově hypotéze. Pokud je podle Davida Barkera plod vystaven nutričními inzultu, uplatní se adaptační mechanismy, jejichž rozvoj a postnatální přetrvávání je dané za podvýživu. Na základě rozsáhlých epidemiologických sledování se také potvrdila úzká vazba mezi nízkou

porodní hmotností a zvýšeným rizikem úmrtnosti na kardiovaskulární choroby (KVCH) v dospělosti. O něco později byla popsána rovněž „hypotéza spořivého fenotypu“, postavená na pozorování ještě těsnějšího spojení mezi nízkou porodní hmotností a pozdějším vznikem inzulinové rezistence a diabetu 2. typu (DM2). Podle ní se předpokládá, že špatná výživa ve fetálním a časném postnatálním období vede k adaptaci organismu (například redukcí beta-buněk pankreatu) na očekávané špatné vnější prostředí. Jestliže pak skutečné prostředí neodpovídá předpokladu (tj. vytvořené kapacitě a struktuře orgánů i naprogramované míře růstu), vzniká pro organismus zátěž vedoucí ke vzniku KVCH, DM a obezity.

## Otázky kolem urychlování postnatálního růstu

Profesorka Fewtrellová rovněž připomněla práci publikovanou v *Lancetu* v roce 2003, v níž se uvádí, že *percentile crossing* je u předčasně narozených dětí spojen s horším plasmatickým lipidovým profilem, změnami v inzulinové rezistenci a horší funkcí endotelu během dospívání. Souhrnně lze tedy říci, že u dětí narozených předčasně nebo s nízkou porodní váhou vede programová akcelerace růstu ke zvyšování rizika KVCH v pozdějším věku. Jinými slovy: „Teď vyrůst, později zaplatit.“ Nicméně jak autorka sdělení dodala, zůstává zde stále ještě mnoho otázek – například je třeba získat důkazy o tom, že programovaná výživa probíhá u lidí stejně jako u experimentálních zvířat, znovu ověřit rozsah a dopad výživy v raném dětství (zejména načasování „kritických oken“ během vývoje) a potvrdit nejen observačními, ale především randomizovanými studiemi řadu mechanismů, které zatím nejsou zcela jasné. Jedním z příkladů je vliv mateřského mléka na metabolismus cholesterolu – přestože má vyšší koncentraci cholesterolu než kravské, jeho expozice působí na rozvoj metabolismu pozitivně. Pokusy se změnou výživové formule, kdy byly potravinové přípravky obohacovány cholesterolem, efekt mateřského mléka nezopakovaly. Konfigurace bílkovin a lipidů v růstu malých dětí tedy

stále zůstává otevřená, a jak profesorka Fewtrellová dodala: „Je třeba trpělivě pokračovat, protože v současném výzkumu jsme se v této oblasti stále ještě nedostali pod povrch.“

Po úvodní přednášce, která klinickým pracovníkům představila jedno z aktuálních vědeckých témat, už byl další program věnován praktickým otázkám – prezentaci studie o jídelníčku dětí časněho věku v Česku a komentářům k novým doporučeným postupům připraveným pracovní skupinou dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat. Doporučení byla v plném znění publikována v časopisech *Československá pediatrie* a *Vox pediatrice* jako samostatná suplementa, proto se podrobněji zastavíme jen u některých zajímavých diskusí.

## Nutriční návyky a výživa českých dětí

Multicentrickou observační studii, která proběhla na přelomu let 2013 a 2014 a jejímž úkolem bylo zmapovat nutriční návyky a stav výživy dětí do tří let věku, na konferenci představili předseda Společnosti pro výživu MUDr. Petr Tláškal, CSc., a MUDr. Eva Kudlová, CSc., z Ústavu hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze. Cílem studie byla prezentace výživových doporučení a jejich praktická realizace z pohledu příjmu jednotlivých živin. Zařazeno do ní bylo celkem 800 dětí z Prahy, Kutné Hory, Ostravy a Plzně. Byly rozděleny do čtyř věkových skupin: A) 6–11 měsíců, B) 12–17 měsíců, C) 18–23 měsíců, D) 24–36 měsíců. U všech sledovaných dětí byl podrobně zhodnocen třídenní příjem všech potravin a tekutin. Pomocí programu „Nutridan“ bylo dále zhodnoceno 36 nutričních komponent z dětmi přijímaných potravin. Všechny tyto komponenty byly posouzeny ve vztahu k doporučeným denním dávkám (DDD) živin pro jednotlivé skupiny dětí. Vzhledem k absenci těchto doporučení v Česku byly k posouzení převzaty referenční údaje ze středoevropského regionu DACH (Německo, Rakousko, Švýcarsko). Výsledky studie prokázaly, že časně vyživě děti je nutno věnovat větší pozornost než dosud. Mezi nejčastější výživové



Prof. Mary Fewtrellová.

Foto: archiv pořadatelů

prohřešky nepatří nadměrný nebo nedostatečný příjem energie, ale nevyváženost příjmu některých živin.

Doktor Tláškal poté prezentoval některá doporučení vyplývající ze závěrů studie. Především byl pozorován často zbytečně vysoký příjem živočišných bílkovin ve spojení s vyšší konzumací SAFA (nasycených mastných kyselin) a sodíku, tedy i kuchyňské soli. Doporučeno je naopak zvýšit příjem PUFA (polynenasycených mastných kyselin) vzhledem k dobře známým pozitivním účinkům na kognitivní, imunitní a další funkce organismu. Nedostatečný příjem železa a tím i jeho nižší organické zásoby u nejmłodších dětí pravděpodobně souvisejí s opožděnou dobou zařazování nemléčných složek výživy, zvláště masa, do jídelníčku dítěte. Úloha železa nesouvisí pouze s možným rozvojem anémie, ale je spojována i s poruchou neurokognitivních funkcí či problémy s imunitou.

Laboratorní vyšetření se také – v souvislosti s prevencí rozvoje osteoporózy – zaměřila na příjem vápníku a vitamínu D. Potvrdil se nedostatečný příjem vitamínu D v zimních měsících ve věživě více než poloviny dětí batolecího věku. Autor studie se tedy domnívá, že je namístě rozšířit doporučení pro podávání vitamínu D (*Vigantolu*) i dětem této věkové skupiny. Podobně užívání fluorovaných zubních past po prožezání prvních zubů dítěte se v souvislosti s nedostatečným výskytem fluoru jeví být nutností.

Závěrem MUDr. Tláškal zdůraznil, že úprava jídelníčku dětí musí být podpořena nejen ovlivňováním nutričních zvyklostí, ale i dostatečnou nabídkou kvalitních, pro růst a vývoj dětí vhodných kombinací potravin (nadměrný obsah kuchyňské soli a vyšší příjem volných cukrů v potravinách stále není vzácností) určených pro danou věkovou skupinu.

## Příkrmy a potravinové alergen

Tématem, o kterém se vzhledem k narůstajícímu počtu alergií v populaci stále častěji diskutuje, je možnost zabránění rozvoji alergických reakcí už v dětském věku. Jak v této souvislosti uvedl dětský alergolog MUDr. Martin Fuchs, je skutečně alarmující, že se v Evropě každých deset let zdvojnásobí počet alergiků. V Česku bylo například v roce 1996 ve věkové skupině do 19 let 16,9% alergiků (3,8% z nich mělo astma), v roce 2007 se jejich počet zvedl na 31,8% (z toho 11,2% astmatiků).

Podle předpokladů přednášejícího je to důsledek hypotézy, která na tento nebezpečný trend zareagovala už před 30 lety tím, že se snížením antigenní nálože zredukuje incidenci alergických onemocnění. Důsledkem bylo, že se základní potraviny typu kravského mléka, lepku, vajec, ale i ryb přesunuly na stranu rizikových „alergenů“. Z jídelníčku dětí (zvláště těch s atopickou rodinnou i osobní zátěží) tak byly striktně vyřazovány.

Ve světle nových studií (např. Nwaru B, Filipiak B, Kaplin J) se

tato představa ukázala nejen jako mylná, ale dokonce škodlivá. Neplatí již tedy dřívější doporučení zavádět tyto alergen až v 1–3 letech věku, jak tomu bylo dříve. Podle nových studií je doporučováno, že pokud je zaváděn příkrm, není třeba se těmto potravinám vyhýbat. U zdravých donošených kojenců lze se zavedením příkrmu začít nejspíše v ukončeném 6. měsíci věku (26. týden). Příkrmy se nedoporučuje podávat dříve než po ukončeném 4. měsíci věku (17. týden). Příkrm má být zaveden optimálně ještě v době, kdy je dítě alespoň částečně kojeno. Nejlepší prevencí alergie je vylučné kojení v prvních alespoň čtyřech měsících života dítěte, nicméně optimální celková délka vylučného kojení ve vztahu k riziku rozvoje alergie není známa.

Jak dále MUDr. Fuchs uvedl, podle alergologů existuje v období mezi 4. a 6. měsícem věku dítěte „okno imunologické tolerance“. Pokud se v uvedeném „oknu“ nenabídne potravinový antigen geneticky naprogramovaným regulačním lymfocytům trávicího traktu, může se budoucí imunologické chápání daného antigenu (bílkoviny) posu-

nout k atopickým pochodům. Výlučné kojení by se podle něho mělo z alergologicko-imunologického hlediska podporovat po dobu minimálně 4 měsíců, plně po dobu 6 měsíců a částečně pak minimálně 9 měsíců.

Dle nových doporučení pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii a výživu ČPS pro výživu kojenců a batolat, která prezentoval doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D., z Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol, je optimální výživou zdravého donošeného kojence v prvních 6 měsících věku výlučné kojení a následně částečné kojení po dobu 1–2 let. Teorie navození časně imunologické tolerance je doposud podpořena pouze observačními studiemi a v současnosti probíhá několik randomizovaných prospektivních studií, které by měly uvedenou teorii ve vztahu k riziku rozvoje alergií potvrdit. Zavádění příkrmu je závislé na mnoha dalších okolnostech včetně psychomotorické zralosti kojence a případné riziko vzniku alergie je pouze jedním z argumentů pro rozhodování o optimálním věku zavedení příkrmu do stravy dítěte.

## Zavádění lepku v prevenci celiakie – kdy a jak?

Primář Kliniky dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze MUDr. Pavel Frůhauf, CSc., který pokračoval v tématu gastroenterologických dopadů na výživu dětí, se zaměřil na výklad možné prevence rozvoje celiakie. Jak uvedl, neexistují sice zatím jednoznačné doklady o tom, jak z hlediska kojenecké výživy podpořit prevenci celiakie, ale lze vycházet alespoň ze současných doporučení Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii a výživu (ESPGHAN). Ta pokládají za vhodné nepodávat lepek před 4. měsícem, ale také ne později než v 7. měsíci života dítěte – s poznámkou, že jeho podání by se spíše nemělo oddalovat a během zavádění lepku je optimální, pokud je dítě stále částečně kojeno.

Zavádění lepku do stravy by mělo být podle autora sdělení postupné, s počáteční dávkou 6 g lepku (tj. dvě lžičky pšeničné mouky do zeleninového příkrmu nebo dva piškoty do ovocného příkrmu). Ze závěrů poslední publikované prospektivní kohortové

studie (více než 82 tisíc probandů) provedené v Norsku vyplývá, že zavedení lepku před 4. měsícem a později než v ukončeném 6. měsíci může zvyšovat výskyt celiakie. Lepek by proto měl být jedním z prvních příkrmů, se kterými se dítě setká.

V rámci konference komentovali další kapitoly nových doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat také doc. Bronský (Strategie zavádění nemléčných příkrmů), MUDr. Jan Malý, Ph.D. (Výživa novorozence s nízkou porodní hmotností po propuštění do domácí péče), prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc. (Alergie na bílkovinu kravského mléka) a MUDr. Radana Kotalová, CSc. (Akutní infekční gastroenteritidy, výživa batolat).




OSPDL ve spolupráci se společností Nutricia umožní pediátrům seznámit se s tématy prezentovanými na konferenci podrobněji v rámci následných seminářů. První z nich již proběhly během června v Praze a Brně, další jsou plánovány na podzim, ve všech oblastech ČR.

Jaroslava Sládká

Inzerce M141000924

NUTRICIA  
**Nutrilon**  
pokračovací a batolecí mléka

## Správná volba pro úspěšný rozvoj dítěte

-  Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1) **podporuje imunitní systém\***
-  Optimální zastoupení LCPUFA pro **rozvoj kognitivních funkcí**
-  **Inspirováno 30 lety výzkumu mateřského mléka**



Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře.

Způsob použití a další informace jsou uvedeny na obalech a webových stránkách [www.nutriklub.cz](http://www.nutriklub.cz). Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. Určeno pro odbornou veřejnost. NUTRICIA a. s., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 PRAHA 4, Infolinka: 800 110 000.

\* Bruzesse E et al., A formula containing galacto- and fructo-oligosaccharides prevents intestinal and extra-intestinal infections: An observational study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2009; 28: 156-161.

# Jaká je budoucnost české psychiatrické péče?

Ve Špindlerově Mlýně proběhl ve dnech 12.–15. června X. sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP, jehož hlavním tématem byla „budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech“.

Jubilejní sjezd se zaměřil zejména na otázky intenzivně probírané v rámci připravované reformy psychiatrické péče: kam směřuje česká psychiatrie, jak se bude proměňovat psychiatrická péče v příštím desetiletí a kam až sahá systémová změna v oblasti péče o duševně nemocné. Ze širokého záběru přednášek, zahrnujících přes 130 aktivních sdělení, vybíráme přehled nejzajímavějších.

## Přístup zaměřený na úzdravu

V sympoziu „Strategie reformy psychiatrické péče“, garantovaném prezidentem kongresu a předsedou Psychiatrické společnosti ČLS JEP MUDr. Martinem Hollým, se probíraly otázky potřebných změn v systému psychiatrické péče. Základním principem poskytované péče má být tzv. koncept *recovery* – úzdravy. Hlavní faktory procesu úzdravy lze shrnout do akronymu REFRESH (*relationships, empowerment, family, recreation, education, spirituality, hope*). Charakteristikou konceptu je participace klientů psychiatrické péče a jejich blízkých na všech fázích procesu úzdravy a týmový přístup. Důležité je zajištění kontinuity péče, nabídnutí individualizovaného plánu terapeutických intervencí, orientování se na silné stránky nemocných a jejich začlenění do komunity – přirozeného sociálního prostředí. O přístupu zaměřeném na úzdravu podrobněji referoval MUDr. Marek Páv, Ph.D., z Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Velkou výzvou je postupné začleňování osob se zkušeností duševního onemocnění do systému psychiatrické péče. Projekt zapojování *peer* konzultantů do komunitních týmů představila MUDr. Zuzana Foitová z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze. Tento projekt probíhá v deseti organizacích po celé ČR od prosince 2012 a skončí letos v listopadu. Adepti na pozici *peer* konzultanta absolvovali stáž v Nizozemsku a edukační výcvik, po jehož skončení byli zaměstnání na 12 měsíců v jednotlivých centrech. K dispozici mají průběžně pravidelnou supervizi. Výsledky budou prezentovány na Konferenci sociální psychiat-

rie v Přerově s předpokladem dalšího zaměstnávání lidí s duševním onemocněním v systému komunitní psychiatrické péče.

Dokument Ministerstva zdravotnictví ČR „Strategie reformy psychiatrické péče“ (říjen 2013) předpokládá mimo jiné vznik a rozvoj center duševního zdraví, která by se měla podílet na zajišťování péče o dlouhodobě nemocné psychiatrické pacienty. MUDr. Martin Jarolímek z Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov (DPS) ve svém příspěvku shrnul zkušenosti z dosavadní existence tohoto „nízkoprahového“ zařízení a zamýšlel se nad samotným pojmem centrum duševního zdraví, zejména potřebou jednotné koncepce takových pracovišť. DPS by podle něj mohlo sloužit jako příklad dobré praxe pro vznik budoucích center. Účastníci se v souvislosti s budoucností psychiatrické péče mohli inspirovat také dvěma zajímavými plenárními přednáškami. Sdělení „The social future of psychiatry“ zaznělo z úst profesora Stefana Priebeho z Velké Británie. Úvahu na téma „Ani dobrý zákon není lepší než život“, poskytující vzhled do nového občanského zákoníku, pak přednesl přední český právní vědec profesor Karel Eliáš.

## Adiktologie a bio-psycho-sociální model

Sympozium společnosti pro návykové nemoci se věnovalo otázkám budoucnosti péče o závislé v Česku. Přehled vývoje léčby závislosti v historickém kontextu „psychiatrie – ATologie – adiktologie“ přinesl primář Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze MUDr. Petr Popov. Připomenul začátky léčby alkoholismu a jiných toxikomanií (AT) v bývalém Československu po 2. světové válce a založení oboru zabývajícího se studiem závislosti – ATologie. Tehdejší síť protialkoholních poraden však po roce 1989 značně prořídla, čímž došlo ke snížení dostupnosti těchto služeb na celém území republiky. Vytvoření nové sítě specializované péče pro závislé pacienty je v současnosti naplní nového medicínského oboru – adiktologie.

V modelu závislosti se přitom stále více zdůrazňuje spirituální rozměr, hovoří se o bio-psycho-sociál-

ním modelu. Jak popsal v dalším příspěvku přednosta téže kliniky prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., v rámci adiktologické péče se využívají specifické léčebné, edukativní, psychoterapeutické a psychosociální intervence, jejichž efektivita je dostatečně zdokumentována. Realizace konceptu specializované adiktologické péče se bohužel potýká s problémy vyplývajícími z oddělenosti resortů zdravotní a sociální péče, což se odráží v nejednotném pojetí kvality péče, samotném provozu i nedostatku finančních zdrojů. Za účelem shromáždění finančních prostředků pro podporu rozvoje oboru adiktologie byla nedávno založena nadace Adicta.

## Sebestigmatizace, adherence, edukace

Na sympoziu České neuropsychofarmakologické společnosti prezentoval tým z Kliniky psychiatrie LF UP a FN Olomouc (doc. MUDr. Klára Láatalová, Ph.D., a kol.) výsledky studie vlivu sebestigmatizace na adherenci k psychofarmakům. Sebestigmatizace je chápána jako postupný proces, během něhož člověk nekriticky přijímá negativní hodnocení společnosti za své. Podle autorů může vést k závažnějším důsledkům než „nálepkování“ ze strany druhých. Studie ukázala, že míra této sebestigmatizace představuje významný faktor související s nízkou adherencí a vysazováním medikace u pacientů s psychickými poruchami napříč celým diagnostickým spektrem. Míra sebestigmatizace se přitom mezi jednotlivými diagnostickými okruhy neliší. Přednášející konstatovala, že pokud bude tento výsledek ověřen dalšími studiemi, velkou perspektivou pro zvýšení adherence mohou být strategie ke snížení sebestigmatizace, prováděné v rámci systematické psychoedukace. Tým z téže kliniky pod vedením MUDr. Aleše Grambala vyzdvihl efekt motivačního rozhovoru u pacientů s bipolární poruchou. Bylo totiž zjištěno, že polovina z nich vysadí indikovanou medikaci nebo ji neužívá systematicky. Důvodem je nepřijetí samotné diagnózy či odmítání psychofarmak. Pacienti se například domnívají,



Prof. Stefan Priebel. | Foto: archiv pořadatelů

že chorobu zvládnou sami vlastní vůlí, mnohdy ji pokládají za pouhou osobní slabost, obávají se stigmatizace ze strany ostatních, ztráty tvořivosti, povznesené nálady, jindy mají za sebou negativní zkušenost s léčbou nebo mají i přes léčbu reziduální příznaky deprese. Psychoedukační a psychoterapeutická intervence v době, kdy dojde ke zmírnění akutních příznaků choroby, vede ke zlepšení spolupráce a snížení pravděpodobnosti relapsu. Důležité podle autorů je, aby se pacienti sami rozhodli, že užívání medikace jim přináší benefit.

## ADHD v dospělosti

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je nejčastěji diagnostikovanou duševní poruchou v dětství, avšak symptomy nemoci mohou pokračovat do dospělosti, kdy se projevují například výkyvy nálad, impulzivitou, problémem s organizací času a kariérami problémy. Tým lékařů z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze (MUDr. Petra Uhlíková a kol.) představil nový komplexní program diagnostiky a terapie ADHD v dospělosti a první zkušenosti s ním. Zájem o uvedenou problematiku vznikl na podkladě výzkumu epidemiologie komorbidity onemocnění poruch příjmu potavy a ADHD u dospělých.

Program byl zahájen v denním stacionární klinice v říjnu 2013, zájemci se mohli přihlásit prostřednictvím webu [www.nepozorni.cz](http://www.nepozorni.cz). Celkem bylo vyšetřeno 28 pacientů, přičemž diagnóza ADHD se potvrdila u 68 % z nich. U 40 % šlo přitom o první kontakt s psychiatrickou péčí. Autoři projektu plánují do budoucna rozšířit soubor pacientů a vyhodnotit účinnost jednotlivých intervencí. Sympoziem garantovala prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

## Biologická diagnostika a léčba duševních poruch

Další příspěvky lékařů z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN při-

nesly nové poznatky o energetickém metabolismu u pacientů s depresí a Alzheimerovou demencí (Mgr. Jana Hroudová, Ph.D., a kol.) a významu kortisolu a homocysteinu v diagnostice Alzheimerovy choroby (MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D., a kol.). Ukazuje se, že mitochondriální dysfunkce souvisí s narušením energetického metabolismu a jsou zahrnuty v patogenezi Alzheimerovy choroby (ACH). Předpokládá se, že změny energetického metabolismu buňky se podílejí na patofyziologii této nemoci, stejně jako na poruchách nálad a terapeutickém účinku antidepressiv. Symptomy deprese u ACH přitom mohou mít jiný podklad než u depresivní poruchy. Změněná aktivita komplexů II a IV dýchacího řetězce by mohla být jedním z biomarkerů, které by napomohly diagnostice ACH a sledování účinku nových léčiv.

Podobně by hodnoty plasmatického kortisolu a homocysteinu mohly sloužit jako indikatory poškození mozku v průběhu onemocnění Alzheimerovou chorobou. Mezi stupněm poškození kognitivních funkcí mozku a zvýšenými hladinami těchto látek totiž byla u pacientů s ACH zjištěna pozitivní korelace.

## Chronobiologie a chronobioterapie

Vedle zavedených postupů v léčbě afektivních poruch (antidepressiva, stabilizátory nálady, antipsychotika...) se objevují nové metody jako transkraniální magnetická stimulace nebo přístupy vycházející z poznatků o souvztáznosti cirkadiálních rytmů, tělesných systémů, buněk a genů. Chronobioterapie představuje moderní přístup k léčbě duševních poruch, kombinující spánkovou deprivaci s fototerapií a užíváním farmak. Uplatňuje se zejména v terapii afektivních poruch a bipolární poruchy. U pacientů s bipolární poruchou má pozitivní vliv kombinace chronobiologických metod

s lithiem, u pacientů s depresivní poruchou se pak využívají zejména antidepresiva ze skupiny SSRI nebo agomelatin. Na sympoziu o tom referoval MUDr. Pavel Doubek z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Chronobiologickým aspektem depresivní poruchy se podrobněji věnoval také doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., z téže kliniky, chronobiologii schizofrenie doc. Klára Látalová a chronobiologii bipolární poruchy prof. MUDr. Ján Praško, CSc., z Kliniky psychiatrie LF UP a FN Olomouc. Narušení circadiálních rytmů, chronobiologie a jejich souvislost s některými duševními poruchami jsou nadále středem vědeckého a výzkumného zájmu.

### Péče o pacienty s demencí

Také problematika demence a Alzheimerovy choroby byla obsahem několika sdělení. Profesor Ladislav Volicer z Jihočeské univerzity poukázal na důležitost paliativní péče u těchto pacientů. Jejím cílem je zmírnit tělesné a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu blízkým. Principy paliativní péče by přitom měly být součástí lékařské péče od diagnózy až po smrt pacienta. Vedle toho je pochopitelně třeba poskytovat průběžnou lékařskou péči, vedoucí ke zpoma-

lení postupu demence a zajišťující léčbu komorbidit.

O zajímavou zkušenost s programem „Namaste“ se podělila Joyce Simardová ze Západosydneyské univerzity. Tento program vycházející ze stejnojmenného hinduistického pojmu (*namaste* = ctít vnitřního ducha) je založený na stimulování smyslu a poskytování laskavých doteků lidem s pokročilou demencí. Pro svůj úspěch se rozšířil z jednoho domova pro seniory do stovky domů s pečovatelskou službou. Kvantitativní výsledky studie „Namaste care“ prokázaly při využívání programu snížení netečnosti rezidentů, ukázatelů deliria i agitace. Procento rezidentů s psychiatrickými příznaky kleslo na polovinu, došlo též ke snížení užívaných antipsychotik a antidepresiv a k lepšímu přijímání péče.

Přehled současných farmakoterapie a nových možností léčby demence podal v satelitním sympoziu firmy Zentiva doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc., a podrobněji se mu věnuje v samostatném článku (*viz box*).

### Psychoterapie dnes a zítra

Několik symposií a workshopů bylo tradičně zaměřeno na psychoterapeutické metody, zkušenosti s různými technikami a nácvik terapeutických dovedností. Zástupci Společnosti pro kognitivně behaviorální terapii představili napří-

klad skupinový terapeutický program „metakognitivní trénink“ pro psychotické pacienty. Prezentoval jej MUDr. Petr Možný z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Program pomáhá účastníkům uvědomit si, jakých chyb se dopouštějí ve svém myšlení, a zmírnit jeho dopad na emoce a jednání. Studie ukázaly, že metakognitivní trénink zmírňuje závažnost bludných přesvědčení a příznivě ovlivňuje narušené kognitivní procesy u schizofrenie. Pro zájemce je k dispozici zdarma v české verzi na webové stránce [www.uke.de/mkt](http://www.uke.de/mkt).

Profesor Ján Praško seznámil posluchače se schematerapií. Jedná se o moderní s psychoterapeutický přístup zaměřený na pacienty s poruchami osobnosti, u nichž nebyla úspěšná předchozí KBT. Schematerapie kombinuje KBT s gestaltterapií a psychodynamickou terapií a prokázala velkou efektivitu v kontrolovaných studiích.

Z terapeutických technik byly dále představeny dramaterapie a hraní rolí, přepis traumatických událostí v imaginaci, použití terapeutických dopisů, pozornost byla věnována rovněž problémům přenosu a protipřenosu v terapii. Sympoziu psychoterapeutické společnosti se zamýšlelo nad místem psychoterapie v připravované reformě psychiatrické péče

(MUDr. Ondřej Pěch, ESET, Praha), zákonnou regulací psychoterapie ve světě (Bc. Michaela Kolumpková, Katedra psychologie FF UK, Praha) a perspektivou psychoterapie v České republice (PhDr. Karel Koblík, Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, Praha). Bude třeba lépe definovat kompetence a rozsah psychoterapeutických služeb, postavení psychoterapie mezi ostatními obory, identitu a odpovědnost psychoterapeuta, otázku úhrady zdravotními pojišťovnami apod.

### Nové technologie pro budoucnost

Možnosti využití nových technologií, jmenovitě virtuální reality coby terapeutického nástroje, představil MUDr. Jiří Podlipný z Psychiatrické kliniky LF UK a FN Plzeň v rámci symposia psychosomatické sekce. Virtuální realita nachází své uplatnění v terapii psychiatrických onemocnění a využívá se při expoziční terapii úzkostných poruch a fobií nebo při tréninku odolnosti vůči bažení při léčbě závislostí. Dále se uplatňuje při tréninku sociálních dovedností a podpoře kognitivních funkcí. Do budoucna se předpokládá její místo v psychiatrické rehabilitaci v rámci programů u chronických onemocnění. Virtuální realita bude nejspíš nacházet své uplatnění i v oblasti vyšetření a diagnostiky

duševních poruch. Tým vědců z Psychiatrického centra Praha, Fyziologického ústavu AV ČR a Matematicko-fyzikální fakulty UK v Praze (Mgr. Iveta Fajnerová a kol.) zkoumá možnosti využití virtuální reality ve vyšetření kognitivních funkcí u schizofrenie.

### Ceny předané na sjezdu

Během sjezdu byla slavnostně předána některá ocenění. Čestné členství Psychiatrické společnosti ČLS JEP bylo uděleno prof. Ivaně Drtílkové a prim. Dagmar Seifertové. Heverochovu medaili obdrželi vybraní členové společnosti k významnému životnímu jubileu a za dosavadní práci v oboru psychiatrie. Dále byla udělena Kuffnerova cena za nejlepší publikaci s psychiatrickou tematikou Jánou Praškovou, Kláre Látalové a kol. za knihu „Psychiatrie v primární péči“ (Mladá Fronta, 2013). Novinářskou cenu za významný příspěvek napomáhající porozumění duševním onemocněním a zlepšení postavení duševně nemocných obdržel Petr Třešňák s článkem „Děti úplňku“, publikovaným v časopise Respekt (leden 2014).

Pořadatelem sjezdu byla Psychiatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s českou psychiatrickou společností, o. s. Akce se účastnilo přes 600 delegátů.

MUDr. Andrea Skálová

## Kognitiva v roce 2014

V průběhu X. sjezdu psychiatrické společnosti ČLS JEP se uskutečnilo satelitní symposium zaměřené na léčbu demence, zejména Alzheimerovy choroby. Přehled současných léčebných možností a novinky v terapii tohoto neurodegenerativního onemocnění prezentoval doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Alzheimerova choroba (ACH) je chronické onemocnění charakterizované poklesem kognitivních funkcí: myšlení, paměti, úsudku. Bývá nejčastější příčinou demence a vede k postupné závislosti nemocného na ostatních. Onemocnění zatím není kauzálně vyléčitelné, ale s pomocí některých farmak, především kognitiv, je možné zpomalit jeho progresi a zmírnit symptomy.

Jak uvedl přednášející, nemoc se vyvíjí plíživě a její průběh lze rozdělit do tří stadií: První – preklinické – je asymptomatické. V dalším – prede-mentním – se objevují mírné kognitivní deficity. Ve třetí fázi se pak plně manifestuje demence.

Mezi hlavní neuropatologické mechanismy rozvoje ACH se počítají tvorba, oligomerace a ukládání beta-amyloidu, degenerace intraneuronálního tau-proteinu, tvorba neurofibrilárních *tangles* (košíčků, uzlíčků), deficit centrální acetylcholinergní transmise, excitotoxicita, oxidativ-

ní stres, porucha funkce mitochondrií, zánět a další neurodegenerativní změny, jejichž výsledkem je snížení neuroplasticity. To je pak podkladem vlastního syndromu demence.

### Léčba demence

„V léčbě demence se uplatňují látky zlepšující kognitivní funkce – kognitiva, působící jako antidementiva. V současnosti jsou používána především pro léčbu Alzheimerovy choroby. Jedná se o léčiva symptomatická, modifikující průběh nemoci. V posledních 10 letech se bohužel nedostaly do praxe žádné nové anti-alzheimerovské léky,“ konstatoval docent Jiráček. Mezi kognitiva se řadí inhibitory acetylcholinesteráz (AChE-I) a antagonisty glutamatergických NMDA receptorů – memantin.

### Anticholinergika

AChE-I se indikují především u Alzheimerovy choroby. Zdravotní pojišťovny hradí tuto léčbu v rozmezí

skóre testu MMSE 13–25 bodů. „Nejčastěji užívaným AChE-I je donepezil, který je dobře snášen, zejména po stránce gastrointestinálních příznaků. Užívá se u lehkých i těžších demencí, včetně smíšených alzheimerovských demencí s vaskulární složkou. Studie ukázaly významnou redukci neuropsychiatrických symptomů při léčbě donepezilem,“ upřesnil docent Jiráček.

Rivastigmin je vedle ACH vhodný i pro léčbu parkinsonské demence. Má více nežádoucích účinků ze strany zažívacího traktu, tuto nevýhodu však odstraňuje náplastová forma léku. Galantamin je k dispozici ve formě s pomalým uvolňováním, umožňuje dávkování 1x denně. „Výraznější opatrnosti je třeba při nasazení u pacientů s bradykardií,“ upozornil autor sdělení v souvislosti s bradykardizujícím efektem léku.

### Blokátory NMDA receptorů

Z blokátorů NMDA se v léčbě střed-

ních a těžších stadií Alzheimerovy choroby využívá memantin. Lék příznivě ovlivňuje kognitivní funkce, aktivity denního života i behaviorální a psychologické příznaky demence, zejména chování. Pojišťovny hradí léčbu v rozmezí hodnot MMSE 6–17, v případě intolerance inhibitorů acetylcholinesteráz v rozmezí 6–19 bodů. „Příznivý efekt v léčbě Alzheimerovy choroby byl prokázán u léčebné kombinace memantinu a AChE-I. Výhodou je její působení dvěma rozdílnými mechanismy bez vyššího rizika nežádoucích účinků, nevýhodou pak finanční nákladnost této kombinace,“ dodal docent Jiráček.

### Další léčebné možnosti

Positivní efekt na kognitivní funkce byl prokázán u Extractum ginkgo biloba (EGb761), avšak podstatně slabší než u kognitiv. Lék je vhodný pro počáteční stadia demence nebo jako podpůrný prostředek při současnému užívání kognitiv. V praxi je třeba

podávat vysoké dávky – 240 mg/den! U dalších farmak (piracetam, lecitin, námelové alkaloidy, cinnarizin...) nebyla prokázána dostatečná účinnost. Léčbu ACH je podle sdělení přednášejícího nezbytné pojímat komplexně a kromě farmakoterapie zařadit i psycho-socioterapii, dbát na udržení dobré tělesné formy, výživu, hydrataci a aktivaci pacienta a nezapomínat na léčbu somatických nemocí.

### Vývoj nových léčiv

Vývoj nových farmak pro léčbu ACH se zaměřuje na několik cílových oblastí: a) zamezení tvorby, oligomerace a polymerace beta-amyloidu a tvorby plaků, b) ovlivnění degradace tau-proteinu a tvorby párové helikální filament, c) předcházení dysfunkcí a smrti neuronů.

Novinkou na českém trhu je generický donepezil (Kognezil) a memantin ve formě tablet rozpustných v ústech (Zenmem). Jedná se o jediný orodisperzní memantin na trhu vhodný pro všechny pacienty trpící Alzheimerovou chorobou, zejména pak pro ty, kteří mají problémy s polykáním nebo nechťejí pít. (asa)

## ADIKTOLOGIE

## Kdo v Česku a ve světě abstinuje?

V květnu 2014 jsme požádali muže ústavně léčené pro závislost, aby odhadli procento abstinentů mezi českými dospělými. Jejich odhady se pohybovaly v řádu desetin procenta. Skutečnost je ovšem jiná. Podle zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO, 2014) činil v roce 2010 v Česku podíl osob ve věku nad 15 let abstinujících posledních 12 měsíců od alkoholu 10,9 %.

**S**potřeba alkoholu v Česku je vysoko nad evropským a světovým průměrem. Například v USA byla spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele staršího 15 let téměř o 30% nižší. Od alkoholu ve Spojených státech amerických posledních 12 měsíců abstinovalo 31,1% osob starších 15 let.

Důvody k abstinenci mohou být různé. Patří k nim plánované či probíhající těhotenství, kojení, nemoc, kterou alkohol zhoršuje, to, že se někdo pod jeho vlivem špatně ovládá, je závislý atd. Naprostá abstinence od alkoholu se také doporučuje coby prevence dospělým dětem závislých rodičů.

### Abstinence od dětství vs. v pozdějším věku

Osob, které nikdy nepily alkohol, bylo v Česku zaznamenáno 2,6%. Těch, které začaly abstinovat v pozdějším věku, bylo 8,4%, tedy podstatně více. U lidí, kteří začali abstinovat v pozdějším věku, předpokládáme především zdravotní důvody. Počet těch, kdo abstinovali v posledních 12 měsících, je v porovnání s jinými zeměmi poměrně malý (viz tab. 1).

Abstinence od alkoholu je v Česku nejen možná, ale je dokonce mnohem častější, než si laici uvědomují. Mezi těmi, kdo za posledních 12 měsíců nepili alkohol, převažovaly osoby, které alkohol dříve pily, nad celoživotními abstinenty. Lze předpokládat, že řadu z nich přivedly k abstinenci vážné zdravotní důvody. Je tedy nesprávné porovnávat zdravotní stav osob, které přestaly pít alkohol ze zdravotních důvodů, s lidmi, kteří alkohol pili zdrženlivě (Fillmore et al., 2007). To se často dělo a ve veřejnosti se tak vyvolávala zkršená očekávání od alkoholu.

Alkohol se podle materiálů Světové zdravotnické organizace podílí podstatným způsobem například na úrazech a dalších násilných příčinách smrti, dopravních nehodách, otravách, jaterních onemocněních, nádorech, onemocnění pankreatu ad.

### Abstinence ve světě

Celosvětově je abstinence od alkoholu rozšířenější než jeho pití. Podle materiálů WHO z roku 2014) abstinovalo od alkoholu v posledních 12 měsících 61,7% osob starších 15 let. Z nich 13,7%

**Tab. 1 Podíl osob starších 15 let, které abstinovaly od alkoholu v posledních 12 měsících (WHO, 2014).**

Česko	10,9%
Slovensko	34,2%
Polsko	48,3%
Německo	19,7%
Rakousko	22,6%
Maďarsko	18,6%
USA	31,1%
Svět celkem	61,7%

přestalo pít alkohol v pozdějších letech a téměř polovina dospělé populace alkohol nepila nikdy. Světová zdravotnická organizace upozorňuje, že snížení počtu abstinujících by vedlo ke zvýšení škod působených alkoholem. Ty jsou i tak enormní. Podle citovaného materiálu WHO bylo v roce 2012 celosvětově způsobeno alkoholem 5,9% předčasných úmrtí, a to i v případě, že by sebral v úvahu diskutabilní pozitivní efekt malých dávek. Kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění a poranění se na úmrtnosti působené alkoholem podílejí nejvíce (viz tab. 2).

### Kdy doporučit abstinenci?

Lékaři všech klinických oborů by měli abstinenci od alkoholu doporučovat jako nejbezpečnější možnost pacientům, kteří pijí alkohol problémově nebo jsou na něm závislí. Roerecke a jeho spolupracovníci (2013) zjistili, že u osob zneužívajících alkohol a závislých na něm je abstinence spojena s nižší úmrtností než

**Tab. 2 Podíl skupin onemocnění na celkové úmrtnosti v důsledku pití alkoholu v roce 2012 (WHO, 2014).**

Nádorová onemocnění	12,5%
Kardiovaskulární onemocnění	33,4%
Neuropsychiatrická onemocnění	4,0%
Gastrointestinální onemocnění	16,2%
Infekční onemocnění	8,0%
Neúmyslná poranění	17,1%
Úmyslná poranění	8,7%
Úmrtnost novorozenců	0,1%



u těch, kdo pít pouze alkoholu omezí, byť i to má určitý efekt. Naprostá abstinence je nejvhodnější možností rovněž u řady jiných problémů a situací.

### Zveřejnit střizlivost

Pacientům závislým na alkoholu, kteří abstinují, doporučujeme „zveřejnit střizlivost“. Tím myslíme informovat o svém rozhodnutí abstinovat rodinu, nejbližší přátele a spolupracovníky. Přináší to řadu výhod:

- Informování lidí v okolí to většinou přijmou a předejde se tak rizikovým situacím v budoucnu.
- Je to zároveň test. Jestliže by někdo tuto informaci nebral v úvahu, bude bezpečnější se mu vyhýbat.
- Zmíněné odmítnutí „jednou provždy“ má psychologický efekt a může motivovat k trvalé střizlivosti.

Důvody, proč dotýčný abstinuje, je možné říci, ale není to nutné. Jeden deset let abstinující muž se svěřil s tím, že má celých těch deset let připravené vysvětlení pro svoji abstinenci. Toto vysvětlení ale nemusel použít. Nikoho totiž nezajímalo.

### Závěr

Počet osob, které v posledních měsících nepily alkohol, činil

10,9% populace starší 15 let. Mezi nimi výrazně převažovaly osoby, které začaly abstinovat od alkoholu v pozdějších letech, nad celoživotními abstinenty. To je rozdíl oproti celosvětové situaci. Celosvětově abstinovalo od alkoholu v posledních 12 měsících 61,7% osob starších 15 let. Z toho 13,7% přestalo pít alkohol v pozdějších letech a téměř polovina dospělé populace alkohol nepila nikdy. Pacienty léčené pro závislost na alkoholu je užitečné informovat, že počet osob abstinujících od alkoholu je v Česku – a tím spíše ve světě – mnohem vyšší, než předpokládají.

### Literatura:

1. Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T et al.: Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann Epidemiol* 2007; 17(5 suppl): S16–S23.
2. Manning V, Best D, Faulkner N et al.: Does active referral by a doctor or 12-Step peer improve 12-Step meeting attendance? Results from a pilot randomised control trial. *Drug Alcohol Depend* 2012; 126(1–2): 131–137.
3. Nešpor K: Návykové chování a závislost (4., aktualizované vyd.). Portál, Praha, 2011.
4. Nešpor K: a kol. Jak překonat hazard. Portál, Praha, 2011.
5. Roerecke M, Gual A, Rehm J: Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(12): e1181–e1189.
6. World Health Organization (WHO): Global status report on alcohol and health 2014. URL: <www.who.int/substance\_abuse/publications/global\_alcohol\_report/en>

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
mužské oddělení léčby závislosti  
Psychiatrická nemocnice Bohnice  
PhDr. Ladislav Csémy  
Psychiatrické centrum Praha

## Komu je vhodné doporučit naprostou abstinenci od alkoholu

- Závislým na alkoholu.
- Nemocným s chorobami, které alkohol zhoršuje (nemoci jater, epilepsie, onemocnění slinivky břišní atd.).
- Těm, kdo jsou léčeni léky, jež vstupují do interakcí s alkoholem.
- Pracovníkům, kteří se věnují rizikovým činnostem. Ty je třeba informovat, že výkonnost je podstatně zhoršena i v kocovině.
- Osobám se zhoršeným sebeovládáním a sklony k násilí.
- Těhotným a kojícím ženám i ženám, které těhotenství nevylučují.
- Dětem a dospívajícím. Otravy u nich nastávají i po malých dávkách, závislost se rozvíjí rychle, existuje vyšší riziko poškození mozku, častější problémy s ilegálními drogami atd.
- Závislým na nealkoholových drogách. Předejde se tak možnému přesmyku závislosti z ilegální drogy na alkohol.
- Patologickým hráčům, protože alkohol zhoršuje jejich sebeovládání (Nešpor, 2011).
- Dospělým dětem závislých rodičů a dalším osobám se zvýšeným rizikem rozvoje závislosti.

Užitečné je navrhnout těmto pacientům kromě profesionální léčby i účast ve svépomocné organizaci Anonymní alkoholici (Manning et al., 2012) a soustavně využívat krátkou intervenci (Nešpor, 2011).



# eHealth a telemedicína: ORL – 29. díl

Otorinolaryngologie se specializuje na diferenciální diagnostiku a terapii nosních, ušních a krčních onemocnění. Uplatnění telemedicíny v ambulantní i lůžkové péči v oboru ORL rozšiřuje rozsah náplně této specializace zejména o telekonzultace, dálkový monitoring, eLearning a archivaci a přenos obrazových dat.

**D**igitální zobrazování v cíleném standardu DICOM je v rámci ORL využíváno již dlouho, proto je tento obor ideální pro implementaci telemedicínských postupů. Při některých chirurgických zákrocích se v ORL využívají robotické operace a také je možno využít virtuální technologie.



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

V dnešní moderní době je většina zdravotnické dokumentace digitalizovaná. Stejně tak mnohá vyšetření. Při běžném vyšetření u otorinolaryngologa sice pacient sedí v ordinaci, pár metrů od specialisty, ale ten se přesto nemusí po celou dobu dívat přímo na pacienta. Při videolaryngoskopii a dalších diagnostických vyšetřeních sleduje především obrazovku počítače. Pořízený snímek postižené oblasti pomocí digitálního endoskopu lze v počítači dále otáčet, přibližovat a podrobně prohlížet libovolně dlouhou dobu. Přítomnost pacienta v ordinaci již v této chvíli není nezbytná. Lze tedy teoreticky říci, že část diagnostického procesu může absolvovat i tehdy, když se nachází třeba na druhé straně zeměkoule.

Samozřejmě, že technikou nelze komplexně nahradit diagnózu či terapii. Využití zobrazovacích metod umožní soustředění specialistů do jednoho místa s možností konzultovat dálkově s ošetřujícím lékařem. Toho se využívá například v rámci telemedicínských konzultací do rozvojových zemí, ale obecně při potřebě konzilia či superkonzilia. Odesílání pacienta k dalšímu speciálnímu vyšetření tak může nahradit například videokonference. I když některé studie poukazují na to, že právě v oblasti ORL (a také ortopedie) jsou dálkové konference zdrojem častějších návštěv v ambulanci. To byly například zajímavé statistické závěry ve Velké Británii. Podle nich by se toto využití telemedicíny v ORL zdálo být méně výhodné než v ostatních oborech lékařství. Jiné výzkumné práce z Aljašky a Austrálie zase poukazují zejména na

úsporu nákladů při využití telemedicínských metod v ORL.

## Testování sluchu na dálku

Klinická audiologie, která je součástí ORL, může do metodických postupů snadno zahrnout dálkovou diagnostiku. Teleaudiologie lze využít například při nedostatku odborných pracovišť nebo když je pro pacienta obtížné dostavit se osobně ke specialistovi. Komunikace pacienta s lékařem při teleaudiologickém vyšetření probíhá většinou synchronně, tedy v reálném čase. Je potřeba moderní vybavení, jako je například webová kamera, počítač s přístupem na internet, sluchátka s mikrofonem a další. Komunikovat však lze i klasicky po telefonu. Také e-mailové konzultace jsou možné, v tom případě se však jedná o asynchronní komunikaci, tedy takovou, která neprobíhá v reálném čase. Odpovědi přicházejí s určitou časovou prodlevou, která může trvat pár minut, hodin, nebo dokonce několik dní. Výsledky jsou uloženy a odeslány elektronickou poštou či přes internetové úložiště specialistovi, který potom pošle zhodnocení.

Druhým typem je tzv. synchronní testování. V průběhu tohoto vyšetření se o pacienta stará klinický pracovník, který je pro tuto funkci vyškolen. Může jím být asistent audiologa či sestra. Testování sluchu pacienta je provedeno pod dálkovým odborným dohledem specialisty. Ten poté celý případ konzultuje s pacientem, přičemž komunikace probíhá sice na dálku, ale v reálném čase.

Možnosti dálkového vyšetření závisejí na rozvoji technických prostředků. Americká firma GlobalMed nabízí testování sluchu na dálku pomocí telemedicínské mobilní stanice, která se skládá z monitoru k přenosu obrazu a z vyšetřovacích přístrojů. Umožňuje provedení až čtyř různých vyšetření. Tento přístroj se uplatní především v oblastech

s velkou rozlohou, kde může být pro pacienty z odlehklých regionů složité a zdlouhavé dostavit se do specializovaného zdravotnického zařízení na vyšetření u audiologa.

## Spokojenost pacientů

Stejně jako většina odvětví telemedicíny se také v ORL dálková terapie začala rychleji vyvíjet zejména v posledních dvou dekáдах, a to společně a ruku v ruce s vývojem počítačových technologií. Z evropských zemí jsou často citovány aktivity ze severního Švédska. Univerzita v Umeå od roku 1997 dálkově trénuje pacienty s kochleárním implantátem. Projekt je dále rozšířen na vzdělávání pacientů s poruchami řeči a hlasu prostřednictvím vzdělávacích videoprogramů. Program zahrnuje i možnost dálkového tlumočení do znakové řeči. V USA je teleaudiologickým specialistou doktor Gregg Givens z Východní Karoliny. První internetový audiologický test uskutečnil v roce 2000.

Zkoumání telemedicínských aktivit v oblasti ORL se zaměřuje i na spokojenost pacientů. Zajímavý průzkum přineslo Námořní medicínské centrum v San Diegu, kde srovnávali spokojenost pacientů a jen 13 % z nich (konkrétně 115 z 883) požadovalo tradiční ORL konzultace místo dálkových. V roce 2009 se uskutečnilo první mezinárodní dálkové vyšetření, které proběhlo mezi Dallasem a Jižní Afrikou.

## Mobilní vyšetřovací přístroj

Nevýhodou jsou zejména vysoké pořizovací náklady přístrojů. I to se však postupně mění. Na Tchaj-wanu byl vyvinut otorinolaryngologické operace v rámci chirurgie hlavy a krku. Hlavní výhodou roboticky asistovaných operací je minimální invazivita. V případě operací v oblasti hlavy a krku to je velmi žádoucí. Také doba rekonvalescence po takto provedených zákrocích je mnohem kratší. Pacient je méně náchylný k různým infekcím a netrpí velkými bolestmi. V neposlední řadě je zde kosmetický pohled na věc. Jizva po mi-

klady. To ocení především lékaři a zdravotnická zařízení v rozvojových zemích, kde si nemohou dovolit pořizovat drahé přístroje. Tento projekt je však teprve ve fázi testování. Pole mých posledních informací dopadla většina dosud provedených testů na výbornou a diagnóza na dálku se shodovala s diagnózou po klasickém vyšetření.

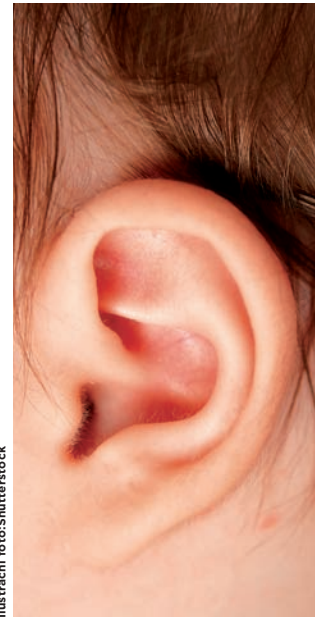
## Virtuální realita

Virtuální realita se uplatňuje v rinologii, při diagnostice a terapii nosních a paranazálních dutin – jde například o využití virtuálního endoskopu, který pracuje na principu magnetické rezonance.

Na pomezí virtuální reality a telemedicínského eLearningu patří také virtuální operace. V Kanadě existuje středisko pro virtuální chirurgické tréninky v oblasti ušní, nosní a krční chirurgie již od roku 1992. Také pro vestibulární rehabilitaci (např. u Ménièreova syndromu) byl v Brazílii navržen virtuální rehabilitační program, jehož cílem je zlepšit kvalitu života osobám žijícím v závratích a s nerovnováhou. Virtuální trénink je založen na kombinaci cvičení očí, hlavy a těla, a to pomocí specifických fyzikálních manévrů. Virtuální realita umožňuje pacientům ponoření do světa iluzí. Vnímání prostředí je pak upraveno umělými podněty, které mohou vytvářet smyslové konflikty s cílem změnit vestibulo-okulární reflex. Opakované pohyby virtuálního obrazu na sítnici mohou vést k vestibulární adaptaci.

## Roboti v ORL

Do oboru telemedicíny v oblasti ORL patří také robotické otorinolaryngologické operace v rámci chirurgie hlavy a krku. Hlavní výhodou roboticky asistovaných operací je minimální invazivita. V případě operací v oblasti hlavy a krku to je velmi žádoucí. Také doba rekonvalescence po takto provedených zákrocích je mnohem kratší. Pacient je méně náchylný k různým infekcím a netrpí velkými bolestmi. V neposlední řadě je zde kosmetický pohled na věc. Jizva po mi-



Ilustraci foto: Shutterstock

nimálně invazivním zákroku je méně patrná v porovnání s jizvou po běžné operaci.

Robotických operací je využíváno například u tyreoidiektomie. Ramena robota jsou ovládána chirurgem ze vzdáleného stanoviště. Robotický zákrok s endoskopem dokonce umožňuje operační přístup přes axilární jamku. Jizva v podpaží, která po této operaci zůstane, je velmi malá a navíc je zakryta rukou. Tento kosmeticky příznivý dopad oceňují především ženy, u kterých je mnohem častější výskyt onemocnění štítné žlázy. První takováto operace byla uskutečněna v roce 2005. O rok dříve, tedy v roce 2004, byla pacientovi poprvé za asistence robota odstraněna příštítná tělíska.

V roce 2008 byl v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem uveden do provozu robotický systém da Vinci. Roboticky asistované operace byly zavedeny také na oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku. Pomocí tohoto systému jsou řešena onemocnění kořene jazyka, která jsou klasickými chirurgickými přístupy limitována. Robot umožňuje operovat skrz ústní dutinu, a není tedy nutný invazivní zákrok na krku. Pozornost je věnována především operacím nádorů kořene jazyka, ale také zbytnění kořene jazyka, které způsobuje chrápání nebo zneprůjemňuje polykání. Od roku 2009 je ORL oddělení ústecké nemocnice zařazeno do jednoho z pěti světových center podílejících se na výzkumu vlivu zmenšení kořene jazyka na syndrom spánkové apnoe pomocí robota da Vinci.

# Péče o nevidomé a slabozraké pacienty

Zrakově postižených pacientů, zejména těch, kteří svůj handicap získají v pokročilejším věku, kvůli stárnutí populace stále přibývá. Ve své ordinaci se s takto postiženými lidmi setkává prakticky každý lékař. Adaptace na novou situaci, kdy vedoucím smyslem přestane být zrak, je pro tyto pacienty velmi obtížná. Použitím optických pomůcek je možné zrakově postiženým pomoci a navrátit je zpět do kvalitního života. Je vhodné o těchto možnostech vědět a pacienty nasměrovat do příslušného zařízení, které jim potřebnou péči poskytnou.

Cílem tohoto sdělení je upozornit na možnosti pomoci zrakově postiženým pacientům, zdůraznit roli optických pomůcek pro zkvalitnění života slabozrakých a podat jejich přehled, indikační kritéria k jejich předpisu a postup k jejich získání. Dále pak seznámit s postupem při předpisu bílých holí a možnostmi pomoci hluchoslepým.

## Klasifikace slabozrakosti a nevidomosti

Zrak se hodnotí podle přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. dle kategorií WHO. Na základě této klasifikace rozlišujeme 5 stupňů, a to:

1. **střední slabozrakost** (kdy je nejlépe korigovaná zraková ostrost v rozmezí hodnot 6/18 až 6/60),
2. **silnou slabozrakost** (> 6/60 a < 3/60),
3. **těžce slabý zrak** (pacienti s KZO > 3/60 a < 1/60 nebo s koncentrickým zúžením zorného pole obou očí > 20°, respektive u jediného funkčně zdatného oka > 45°),
4. **praktickou nevidomost** (začíná vizem horším než 1/60 až po světlocit nebo při omezení zorného pole do 5° kolem centrální fixace),
5. **úplnou nevidomost** (při nesprávné světelné projekci či naprosté ztrátě zraku).

## „První pomoc“ slabozrakým

Existuje více možností pomoci slabozrakým pacientům. Každý pacient s vizem na hranici slabozrakosti musí mít provedeno oftalmologické vyšetření se zjištěním příčiny poklesu zraku a nastavením terapie.

Než se dostane ke specialistovi a pokud si stěžuje na obtíže v běžném životě, které jsou způsobeny jeho nízkým vizem, jako první pomoc mu každý lékař může doporučit několik zásad. Zprv redukcí pracovní vzdálenosti,

dále provedení úprav pracovního prostředí s důrazem na dostatek světla při práci, respektive naopak redukcí světla při některých diagnózách, a v neposlední řadě je možno doporučit filtrové brýle. Zásady „první pomoci“ slabozrakým jsou často dostatečné u pacientů s nejlépe korigovanou zrakovou ostrostí v rozmezí 6/12-6/10, tedy 0,5-0,6.

Redukce pracovní vzdálenosti zahrnuje hlavně doporučení sledování televize z kratší vzdálenosti. Z našich zkušeností pacienti často uvádějí, že si sedají k televizní obrazovce velmi blízko, a několik desítek centimetrů, aby byli schopni rozlišit detaily. Dostatečné osvětlení je pro většinu pacientů pomocí hlavně při práci na blízko, usnadní čtení. Dobré světelné podmínky také usnadňují orientaci v prostoru.

Ke zhoršení vidění u lidí ve vyšším až vysokém věku často dochází vinou věkem podmíněné makulární degenerace. Těmto pacientům je vhodné zdůraznit význam světelných podmínek, neboť si nedostatek světla ve svém běžném prostředí nemusejí uvědomit. Při některých onemocněních předního segmentu, hlavně iridocyklitidách či onemocněních rohovky a dále pak u některých sítnicových chorob, naopak pacienti preferují šero. Při práci na blízko s nutností redukce pracovní vzdálenosti a sledování textu paracentrálně je vhodné přizpůsobit pracovní plochu, například s použitím nakloněných rovin.

V optikách jsou běžně dostupné bez předpisu tzv. filtrové brýle. Jejich čočky jsou zabarveny do oranžova nebo žluta; ať filtrují modré rozptýlené světlo a tím zjasní vidění a prokreslí terén. Spádový oftalmolog pacientovi předepíše nejlepší korekci, a pokud ani ta nestačí, může předepsat brýle s tzv. hyperkorekcí, což znamená přidavek (adici) k nejlepší korekci do blízka až do +5,0 sférických dioptrií. Pacient mu-



Ilustrační foto: Leoš Chodura

sí být upozorněn, že s takto silnou korekcí na blízko se výrazně zkrátí pracovní vzdálenost, což v praxi znamená, že čtený text je od oka vzdálený pouze několika centimetrů.

## Poradna pro optické pomůcky

Jestliže tato opatření nejsou dostatečná, je vhodné pacienta odeslat do specializované poradny pro optické pomůcky a informovat ho o organizacích pomáhajících slabozrakým pacientům. Síť specialistů na optické pomůcky je dostupná v každém kraji, adresy jsou dostupné na internetu. Hranice, kdy je možné předepsat speciální optické pomůcky, je na dálku vizus s nejlepší brýlovou korekcí od 6/18 na lepšímu oku, na blízko J. č. 6-7; pacient není schopen přečíst běžný novinový text.

Při Oční klinice LF UK a FN Hradec Králové funguje speciální poradna pro optické pomůcky. V poradně je přítomná lékařka, sestra, optik a pracovnice Tyflocentra. Poradenství nyní probíhá vždy ve středu dopoledne, pacienti přicházejí po objednání. Zabýváme se předpisem speciálních optických pomůcek na dálku i na blízko, které jsou po schválení revizním lékařem plně nebo z větší části hrazeny zdravotními pojiš-

ťovny. Dále se pak věnujeme předpisu bílých holí a pracujeme s hluchoslepy pacienty. Vyšetření v poradně trvá nejméně 45 minut, často i déle. Úzce také spolupracujeme s obecně prospěšnou společností Tyflo servis, která zajišťuje následný zácvik práce s předepsanými pomůckami, zabývá se výběrem a pomocí při získávání elektronických pomůcek a pomůcek pro nevidomé. Po vyšetření vizu a změření očí na autorefraktometru sestrou je pacient edukován pracovníci Tyflocentra o možnostech sociální pomoci slabozrakým klientům. Poté přichází do ordinace, kde spolu s optikem zkusíme optické pomůcky.

## Galileiho a Keplerův systém

Na dálku pacientovi můžeme nabídnout dalekohledové brýle, které díky dvěma za sebou postaveným posuvným čočkám umožňují zvětšení obrazu včetně doostření pomocí aretačních koleček, současně však také omezují zorné pole. Jsou vhodné pro pacienty s lehčími poruchami zraku, jejich zvětšení je jen dvojnásobné. Usnadní hlavně sledování obrazovky televize z větší vzdálenosti. Pacienty jsou dobře snášeny, manipulace s nimi není složité.

Jestliže nedochází ke kvalitnímu zlepšení vidění těmito brýlemi, přistupujeme k dalekohledovým systémům. Pro pacienty s binokulárním viděním je vhodný například binokulární Galileiho systém na dálku. Tubusy s optikou jsou usazeny ve speciálním rámu, výhodou jsou tedy volné ruce uživatele. Nevýhodou je omezené zorné pole a nemožnost dosažení velkého zvětšení. Galileiho systém lze použít i monokulárně, pak se tubus vkládá do normálních brýlí. Tento systém dovoluje jak pohled do dálky, tak s použitím speciálních předsádek i vidění na blízko.

Ještě silnějšími pomůckami na dálku jsou monokuláry (tzv. Keplerův systém). Pro monokuláry se zvětšením 4,2x12 a 6x17 existují speciální rámy, silnější monokuláry (8x20 a 8x30) je nutné držet v ruce. Výhodou dvou posledně jmenovaných je ovšem možnost použití předsádky na vidění do blízka.

Na blízko lze pacientům s nízkým vizem předepsat hyperokulární skla, kdy jsou lupové čočky zabroušeny do brýlové obruby. Výhodou této pomůcky jsou volné ruce. Stejný benefit poskytuje i tzv. Labo-clip, kdy se předsádková lupa upevní přímo na čtecí brýle. Také Galileiho systém na blízko, tedy tubusy upevněné v nosiči, nevyžadují nutnost držení, omezuje však zorné pole.

## Lupy a optoelektronické pomůcky

Nejčastěji předepsanou kompenzační pomůckou na blízko jsou lupy. Můžeme vybírat z lup podle mechanismu držení: lupy stojánkové, které díky stojanu mají neměnnou pracovní vzdálenost, lupy příložní, které se přikládají na text, a lupy do ruky, které je nutno držet v dané neměnné vzdálenosti od textu. Mohou být bez osvětlení nebo s osvětlením - bateriovým či síťovým, mechanickým nebo automatickým. Dle zákonitosti optiky platí, že čím silnější je lupa, tím menší je její optická část a tím blíže k textu i oku musí být. Lékař odbornosti S4 předepisuje lupy asférické, které jsou hrazeny pojišťovnou po schválení revizním lékařem. Každý oftalmolog nebo praktický lékař může pacientovi předepsat lupu sférickou do maximálně čtyřnásobného zvětšení. Kód pojišťovny je 0094863 a je hrazena do výše 100 Kč. Obecně jsou v tomto textu zmíněny nejčastěji předepisované a pojišťovny hrazené optické pomůcky, které podléhají režimu schvalování revizním

lékařem. Škála kompenzačních pomůček pro nevidomé a slabozraké je ovšem samozřejmě daleko širší.

Od vizu 0,1 na lepším oku mohou pacienti žádat úřad práce o příspěvek na optoelektronické pomůcky. Jedná se o elektronické kamerové systémy, televizní lupy s nastavitelným zvětšením, které jsou k dostání ve variantě kapesní i stolní; umožňují úpravu barev textu a pozadí. Seznámení se s těmito systémy, výběr toho nejlepšího a sepsání žádosti, včetně vyjádření o schopnosti práce s pomůckou, se odehrává v Tyfloservisu. Tyto pomůcky nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

### Taktilní a akustické systémy

Pro nevidomé je v dnešní době dostupné široké spektrum taktilních a akustických systémů. Některé z nich jsou hrazeny pojišťovnami, například indikátory hladiny a světla. K úhradě je nutné schválení revizním lékařem, předepisuje je oftalmolog. Praktický lékař může předepsat teploměr lékařský mluvicí a glukometr s hlasovým výstupem, který může předepsat i diabetolog. Tyto pomůcky se získávají po vyplnění poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku v prodejnách tyflopomůček ([www.tyflopomucky.cz](http://www.tyflopomucky.cz), prodejna Praha a Olomouc). Velkou roli v pomoci slabozrakým a nevidomým nyní hraje výpočetní technika. Informace z této oblasti pacienti získávají například v Tyflocentrech, o případné příspěvkové se žádá také na úřadu

práce. Stejně tak je možné žádat o příspěvek na chytré mobilní telefony, telefony se speciálním softwarem a vybavením, mobilny pro slabozraké a senilní klienty apod.

Každý oční lékař může předepsat bílou hůl, a to na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Všechny bílé a červenobílé hole jsou pojišťovnou plně hrazeny v počtu maximálně 3 ks ročně, rotační koncovka (poř. č. 21) je plně hrazena v počtu 1 ks ročně; lze ji získat v prodejnách tyflopomůček nebo přes Sjednocenou organizaci nevidomých a slabozrakých.

Pacient si hůl objedná na webu [www.tyflopomucky.cz](http://www.tyflopomucky.cz) či [www.sons.cz](http://www.sons.cz). Hole dělíme na orientační, které usnadňují orientaci v prostoru (nutný je zácvek v kurzu prostorové orientace a samostatného pohybu, který poskytuje Tyfloservis), dále signalizační, jež slouží k signalizaci zrakového handicapu u pacienta (zácvek používání není nutný) a opěrné, určené pro imobilní klienty s nízkým vizem. Všechny hole jsou ve variantě neskládací, skládací, teleskopické nebo kombinované, nejčastějším materiálem je aluminium a kompozit.

### Specifika hluchoslepých

Specifickou skupinou pacientů jsou ti, kteří trpí hluchoslepotou. Hluchoslepota je definována jako stav, kdy pacient používá sluchadlo a vizus je na lepším oku s korekcí nejlépe 6/24 nebo má koncentrické zúžení ZP do 30°, případně trpí jinými rušivými výpady zorného pole. Pacient

má nárok na úhradu sluchadel do obou uší zdravotní pojišťovnou. K tomu je nutné vyjádření lékaře S3 (ORL) a S4 (oční) a vyjádření praktického lékaře na speciálním formuláři „Doporučení lékařů specialistů k předpisu kompenzačních pomůček pro hluchoslepé“. Hluchoslepý pacient používá červenobílou hůl. Pomoc najde ve Společnosti pro hluchoslepé.

### Faktory úspěchu

Poradnu pro optické pomůcky ve FN Hradec Králové nejčastěji vyhledávají pacienti s věkem podmíněnou makulární degenerací, diabetickou retinopatií a makulopatií, dále nemocní trpící těžkou degenerativní myopií, atrofií zrakových nervů různých příčin a Stargardtovou chorobou. Jedná se o pacienty, kteří svůj zrakový handicap získali v průběhu života. Méně často přicházejí od dětství či narození slabozrací klienti, kteří jsou zkušenými uživateli pomůček a chtějí předpis na pomůcky nové. Dětská slabozrací a nevidomí jsou včasně zachycováni centry rané péče, tento text se dětským pacientům nevěnuje.

Mezi našimi klienty tedy převažují senioři s věkem podmíněnou makulární degenerací. Ti se obtížněji adaptují na novou situaci, nesnadněji se učí novým věcem, hůře se jim s pomůčkami manipuluje, často také mají více chorob najednou. Nazkoušení vhodných kompenzačních pomůček vyžaduje klidné přátelské prostředí s poskytnutím dostateku času k nalezení vhodné pomůcky.



Ilustraci foto: Leoš Chodura

Při výběru je nutné zohlednit nejen zrakovou ostrost a zorné pole konkrétního pacienta, ale i další patologie ovlivňující kvalitu vidění, jako je snížení kontrastní citlivosti, neschopnost rozlišovat barvy, vnímat hloubku, fixovat předměty a sledovat je, přítomnost světloplachosti či šerosleposti apod. Také musíme odhadnout pacientovu schopnost manipulace s pomůckou, ať už duševní nebo motorickou. U všech optických systémů je třeba dodržovat zrakovou hygienu, tedy častěji odpočívat. Zásadními faktory úspěchu jsou přijetí vlastního zdravotního stavu, překonání strachu z používání nové věci, akceptace pomůcky a každodenní trénink.

### Organizace na pomoc handicapovaným

Existuje řada organizací, na které se zrakově handicapovaní mohou obracet. Terénní a ambulanci sociální rehabilitaci nevidomých a slabozrakých po celém území České republiky prostřednictvím sítě krajských středisek zajišťuje Tyfloservis, o. p. s. V každém kraji poskytují zrakově postiže-

ným komplex sociálních služeb občanský prospěšná společnost Tyflocentrum. Při této společnosti fungují také školicí střediska pro PC pomůcky včetně technického poradenství při jejich výběru. Dále pak nabízí aktivizační a vzdělávací programy v rámci denních center sociálních služeb. Posláním Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR (SONS) je sdružovat a hájit zájmy nevidomých a jinak těžce zrakově postižených občanů a poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto handicapovaných občanů do společnosti (zaměstnání, odstraňování bariér, socioterapeutická činnost, osvěta apod.). Hluchoslepým je připravena pomocí Společnost pro hluchoslepé LORM, o. s.

Péče o nevidomé a slabozraké je v České republice na vysoké úrovni. I přesto je život lidí s nízkým vizem velice obtížný. Je na každém z nás, abychom takto postiženým spoluobčanům uměli poskytnout dostatečně účinnou a správnou pomoc.

MUDr. Jana Nekolová, Ph.D.

Oční klinika LF UK a FN Hradec Králové

Inzerce M141001023



Představujeme publikaci

## Chirurgie nohy a hlezna

Vybrané kapitoly

Bohatě ilustrovaná publikace přehledně informuje o nejčastějších onemocněních a deformitách nohy a hlezna včetně postižení revmatických a infekčních. V úvodu čtenář nalezne obrazově dokumentovaný popis anatomie nohy a hlezenního kloubu, informace k footblock anestezii i přehled moderních zobrazovacích metod pro diagnostiku v oblasti

nohy a hlezna. Zvláštní pozornost je dále věnována deformitám palce a jednotlivým typům zákroků. Rozsáhlá stať se týká korekčních operací na palci a předonoží u revmatoidní artritidy. Samostatná kapitola se zabývá postižením hlezna, různými typy artrodéz včetně nejmodernějších implantátů a náhradami hlezna totální endoprotézou.

Autoři: Stanislav Popelka a kolektiv

Doporučená cena 590 Kč

**MEDICAL SERVICES**

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

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



# Kvalita a bezpečnost v nemocnici – 2. část

Zdravotní služby by měly být bezpečné a kvalitní, což jsou úzce související kategorie. K dosažení maximálně možné bezpečnosti nemocnice pro pacienta vede dodržování bezpečnostních cílů, jak je stanovila WHO. Ve spolupráci s Nemocnicí Na Homolce (NNH) vznikl seriál, jehož jednotlivé části věnujeme těmto cílům.

## BEZPEČNĚ PODÁVÁME LÉKY

Pro bezpečné podávání léků je potřeba naplnit pětici pravidel: **správnému pacientovi správný lék i dávku, správnou cestou podání a ve správný čas**. Jde jen o „maličkost“ – dělat to tak. Báječné by bylo, kdyby do nemocnic přicházeli pacienti jen s jedinou nozologickou jednotkou. Opak ovšem bývá pravdou. Například k plánovaným operačním výkonům z velké části přicházejí polymorbidní pacienti: podle zkušeností NNH podstupují výkony cévní chirurgie pacienti s průměrně 10 léky, předepsanými různými specialisty, případně si sami přidají některé volně prodejné. V rámci přijetí k operačnímu výkonu se jejich ošetřujícím lékařem stává chirurg a po dobu hospitalizace mu ordinuje veškerou medikaci. Spektrum léčivých přípravků (LP) se na trhu neustále mění, mění se názvy léků a navíc se nemocnice při jejich nákupu orientuje i podle ceny. Edukován o tom, co a proč užívá, nebývá z terénu často ani sám pacient. Rizika nesprávné kombinace léků jsou obecně známá, ale řešení situace je pro řadu nemocnic velmi obtížné. Mezinárodní certifikační agentura JCI (Joint Commission Inter-

national) pro svá akreditovaná pracoviště požaduje dodržování standardu, který ukládá **pravidelné kontrolování veškeré medikace oprávněnou osobou**. Tou je v českých podmínkách klinický farmaceut, který sleduje lékové interakce, nežádoucí účinky a je schopen stanovit přesné dávkování LP „na míru“. Antibiotika je navíc třeba podávat jen po konzultaci s klinickými mikrobiology.

## Role klinického farmaceuta

Řešením je spolupráce s klinickými farmaceuty (KF), těch je ovšem velice málo (cca 100 v celé České republice) a navíc nejsou nositeli výkonů hrazených ze zdravotního pojištění, nemocnice si je tudíž musí platit z vlastních prostředků. Naprostá většina absolventů farmaceutické fakulty působí v lékárnách nebo u farmaceutických firem, nezískávají tedy nezbytnou klinickou zkušenost, bez níž nemohou dosáhnout specializace v oboru klinická farmacie a být rovnocenným partnerem lékaři v nemocnici. V NNH získali v roce 2011 klinickou farmaceutku PharmDr. Miladu Halačovou, Ph.D., a založili zde oddělení klinické farmacie. V oddělení pracuje i několik dalších specializovaných klinic-

kých farmaceutů pro různé obory medicíny. Minimálně jednou za hospitalizaci provedou revizi veškeré medikace pacienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, stavu jeho eliminačních orgánů, hmotnosti a komorbiditám. Ideální situace by byla, aby každé oddělení mělo svého KF. V NNH zatím pracují tak, že tyto odborníci jednou zkontrolují medikaci a jednodušší případy se dále nezabývají. U náročných režimů pokračují dál a fungují jako konzultanti. Lékaři je využívají stále více. Nyní kliničtí farmaceuti v NNH upravují 30 % veškeré preskripcie. Benefit je zřejmý nejen pro pacienty a lékaře, důležitá je také značná úspora přímých i nepřímých nákladů nemocnice.

## Zásady bezpečné medikace

Nemocnice je místo, kam pacient většinou přichází s veškerou medikací. Pro specialisty snadno nastane problém, pokud je hospitalizován nemocný s komorbiditami mimo jejich obor, nicméně oni jako ošetřující lékaři musejí řídit celou jeho farmakoterapii. Zároveň je z hlediska pacienta hospitalizace v zařízení s fungujícím KF vzácná přiležitost, kdy jeho medikaci někdo nahlédne skutečně komplexně.

V lékařem připraveném medikačním listu KF zkontroluje všechna léčiva – zda jsou, či nejsou indikovaná, zda nedošlo ke kontraindikaci kvůli nějakému přehlédnutému problému a zda v lékové anamnéze nejsou **klinicky významné lékové interakce**, které by mohly pacienta v průběhu hospitalizace nějakým způsobem handicapovat. Ne vždy je na výběr možnost náhrady, ale přínosem je už to, že se o dané interakci ví a monitoruje se případný nežádoucí vývoj; pokud nastane, lze ho okamžitě řešit. V NNH představují zásahy klinického farmaceuta přibližně 10–15 % všech jeho intervencí. Lékové interakce existují, je třeba o nich vědět, vést je v patrnosti a sledovat, zda se nějak významně neprojeví.

Jednu z podstatných náplní práce klinického farmaceuta tvoří **úprava dávky léku u pacienta,**

**který má poškozený eliminační orgán**, tedy trpícího renální či hepatální insuficiencí. Právě zde bývá největší problém, a to kumulace daného léčiva u pacienta, kterému eliminační orgán nefunguje. Kumulace samozřejmě může být potencovaná i lékovou interakcí. Úpravy dávkování léků pacientům s insuficiencí vylučovacího orgánu tvoří asi pětinu zásahů klinických farmaceutů. Rozsáhlou oblastí jsou **nežádoucí účinky léků**. Je nutné sledovat, aby se tyto efekty nepotencovaly interakcí či kumulací. Ze své zkušenosti kliničtí farmaceuti také zpravidla vědí, které léčivo z aktuálně podávaných je s největší pravděpodobností odpovědné za konkrétní nežádoucí účinek, a dokáží najít příčinnou souvislost. Některé nežádoucí účinky se vyskytují i jako deklarovaná součást působení léčiva.

Část působení léčiva. Rozsáhlou oblastí pro činnost klinického farmaceuta je intenzivní medicína, konkrétně například **řešení fyzikálně-chemických inkompatibilit** infuzních a injekčních roztoků. Inkompatibilita vzniká ještě dříve, než se léčivá látka dostane do krevního řečiště (ve vacích, hadičkách), a ne vždy je možné ji „okometricky“ identifikovat. Je proto potřebné v rámci nemocnice unifikovat zapojení infuzních a injekčních setů. Problémy vytváří i **dlouhodobé podávání intravenózních léčiv**, ať už je to jejich cena nebo riziko rozvoje katéetrových sepsí. Proto je i u pacientů bez perorálního příjmu snaha co nejrychleji přejít z injekční na perorální terapii. Stejně jako u podávání nozogastričnou sondou je třeba správně určit, který lék je k tomu vhodný – ne všechna léková forma lze drtit a ne všechna rozdrčená léčiva lze podat do žaludku, protože tím, že ztrácejí obal, se některá inaktivují (typicky v kyselém prostředí).

Na základě potenciálních rizik, která KF zjistí v některých z uvedených oblastí, vydá **doporučení s návodem konkrétního postupu**.

## Podat správnou, zrevidovanou ordinaci

U běžné praxe na oddělení je obvyklé připravit na sesterně podle medikačního listu léky do kalíšků, ty položit na podnosy s číslem pokoje a tam je bez dalšího podat pacientům. K omylu tu stačí i pouhá záměna kalíšku. Standard stanovuje jiný postup – **léky se vždy připravují přímo na po-**

**koji pacienta**. Znamená to dopravit tam na bezpečném vozíku celou lékárnu s léky v originálním balení, bezpečně zamykatelnou. Sestra přiveze i dokumentaci, ověří si v ní totožnost pacienta a jeho medikaci a podle ní vydává léky. S pacientem komunikuje, vidí ho. Léky vloží do kalíšku, spolu s pacientem je ověří. Lék podá a počká, až ho pacient spolkne a zapije. Potom svým podpisem v dokumentaci potvrdí, že lék podala. Tento postup připomínající práci na psychiatrických odděleních nelze dodržet stoprocentně, ale takto je standardizován. Náročný je jistě i u léků podávaných v závislosti na jídle. Sestra o tom musí nejen vědět, ale i poučit pacienta o této okolnosti podávání a především si musí sama zorganizovat, aby i v těchto případech lék podala ve vhodném čase. Zároveň lékař ordinuje na pevně stanovené intervaly, časy podávání léků jsou přesně určeny. Pacienti jsou o tomto režimu poučeni a v době podání jsou na pokoji. Komplikací jsou samozřejmě situace, kdy je pacient na vyšetření.

Celkově jde z hlediska sestry o velmi náročný postup. Organizace práce se však má přizpůsobit bezpečnostním postupům, nikoli naopak. Umožněno je to i tím, že sestra má na starosti ne určitý typ činnosti, ale komplexně jasně definovanou skupinu pacientů, u nichž provádí všechny úkony příslušející její kvalifikaci.

## Edukace pacienta při propouštění

Chronická doporučení se objeví v propouštěcí zprávě pro praktického lékaře nebo specialistu v terénu, což by mělo zajistit **návaznost farmakoterapie**. Důležitá je také edukace samotného pacienta. Ideálním závřením práce KF by bylo, kdyby při propouštění pacienta do domácího ošetření s ním mohl pohovořit a probrat medikaci, se kterou odchází, a vysvětlit mu ji. Výrazně by to zvýšilo *compliance* pacientů s farmakoterapií. Významně se totiž změnil přístup pacientů k medikaci, více než dříve se snaží sami posuzovat a děsí je například varovné informace na přibalovém letáku, kdy možná nebezpečí léku v jejich očích často převažují nad jeho benefity, tudíž jej raději neuzívají. Pacienta je třeba ujistit, že zdravotníci jsou schopni mít případná rizika pod kontrolou.



Ilustrační foto: Miroslav Halib

## BRÁNÍME PŘENOSU INFEKČÍ

Podle evropských standardů je třeba k naplnění tohoto cíle **důsledně dodržovat čistotu prostor** nemocnice a normy pro **dezinfekci a sterilizaci**. Vyžadovat a kontrolovat je třeba, aby si zdravotníci **myli a hlavně dezinfikovali ruce** před a po kontaktu s pacientem, před čistými výkony (typicky u převazů) a po kontaktu s biologickým materiálem. Dalšími cestami k zabránění přenosu nozokomiálních infekcí (nově infekcí spojených se zdravotní péčí) v nemocnici jsou **používání jednorázových pomůcek a správné používání ochranných pomůcek**.

## Infekce spojené se zdravotní péčí

Ze všech infekcí, které v nemocnici vzniknou, je cca 30 % **exogenních**. Tato část je tedy relativně menší, ale zato vysoce preventabilní. Hlavní intervencí je již zmíněná správná hygiena rukou, jejímž cílem je zabránění přenosu mikroorganismů z jednoho pacienta na druhého. Tento postup je velmi účinný i v prevenci přenosu multirezistentních a panrezistentních mikroorganismů (odolných vůči antibiotikům), s nimiž jsou pacienti v nemocnicích konfrontováni stále častěji. Většinu případů (70 %) ale tvoří **endogenní** infekce, jež lze ovlivnit například správnou klinickou praxí.

Podle výsledků velké evropské studie z roku 2012, již se účastnila i NNH, se cca 5 % hospitalizovaných pacientů v nemocnici nakazí nozokomiální infekcí (NI), a to od banálních a snadno řešitelných, jako je například běžná močová infekce, až po stavy, které pacienta ohrozí na životě. Jednou ze zejména veřejností široce diskutovaných hrozeb byl výskyt legionely v jedné z pražských nemocnic, ale ve skutečnosti jde o situaci s extrémně vzácným výskytem.

Podle primáře oddělení klinické mikrobiologie a antibiotické stanice NNH MUDr. Vlastimila Jindráka je nepoměrně běžnější nozokomiální infekcí zánět plic u ventilovaného pacienta nebo katéetrová infekce, která vznikne v souvislosti se zavedením některé invaze do krevního řečiště, případně infekce, která zkomplikuje chirurgický výkon. Za nepříznivých okolností mohou NI skončit i fatálně. U zánětů plic u ventilovaných pacientů je podle studií úmrtnost cca 15 %, obdobná situace je u katéetrových infekcí. V České republice se ročně vyskytne cca

100 tisíc případů NI, z nichž cca 2–4 tisíce osob v příčinné souvislosti s infekcí spojenou se zdravotní péčí zemřou.

**Preventabilita** je různá podle skupin NI. U velké většiny z nich nemůže být reálným cílem nulový výskyt. Lze se ovšem blížit minimální úrovni, kolem níž by riziko mělo oscilovat. Dosáhnout toho lze zejména u katéetrových infekcí, a to hlavně velmi kvalitním tréninkem zdravotníků a dodržováním všech preventivních postupů. Zamezení komplikací v důsledku NI nejen zvyšuje kvalitu života pacientů, ale má i obrovský ekonomický potenciál pro celé zdravotnictví. Například v NNH zůstává jen 1 % pacientů déle než 50 dnů, tento minimální podíl však spotřebuje 20 % celkových nákladů z rozpočtu nemocnice. Naprostá většina (90 %) z těchto pacientů má i některou NI.

## Specializace na prevenci a kontrolu infekcí

Nemocnice by měly pracovat na tom, aby možného optimálního stavu byly schopny vůbec docílit, což předpokládá vybudovat infrastrukturu, naučit se a implementovat postupy prevence a kontroly infekcí.

**Infrastrukturu vytvářejí lékaři a sestry specializovaní na oblast prevence a kontroly infekcí.** V našich podmínkách se dosud nebralo v potaz, že by to bylo nutné. Nový zákon o zdravotních službách, v návaznosti na evropské doporučení, stanovuje, že nemocnice mají mít „program prevence a kontroly infekcí“. MZ ČR vydalo dokument podrobně popisující náležitosti tohoto programu, jeho zavedení a dodržování, což má přímou



Ilustrační foto: Miroslav Halíř

souvislost s akreditačními standardy v českých podmínkách. Ze zákona má tedy každá nemocnice mít tuto infrastrukturu. To je samozřejmě běh na dlouhou trať. Například ve Francii tento proces trval deset let, což je ale pokládáno za velmi dobrý výsledek. Je třeba si uvědomit, že tam takřka od nuly dokázali nastavit procesy a postupy, vybudovat infrastrukturu, vychovat a vycvičit personál, čímž se jim podařilo snížit například výskyt MRSA o desítky procent.

Česká republika je v této oblasti (vzniku infrastruktur) víceméně na začátku. Prvním předpokladem je **tréninkový program kontroly infekcí** pro zdravotníky. MZ ČR schválilo certifikovaný kurz kontroly infekcí pro sestry. První dvouletý kurz již proběhl.

Absolvovalo jej 10 sester, ale reálná potřeba v Česku činí cca 400 (tedy alespoň pro největší nemocnice), aby tuzemské zdravotnictví dosáhlo na ve světě uznávané parametry, podle nichž má jedna takto vycvičená sestra připadat na 150–200 lůžek. Příslušné vzdělávání pro lékaře u nás dosud není certifikováno, nicméně už pro něj existuje evropský projekt a snad se podaří zavést kurzy i u nás.

**Postupy je třeba zavést a implementovat**, což například v NNH spočívá v aktivním vyhledávání případů nebo odebrání biologického materiálu k mikrobiologickému vyšetření. Epidemiologicky významná pozitivita je ihned hlášena (tzv. systémem včasného varování) pracovníkem laboratoře jak na oddělení, kde je

pacient hospitalizován, tak i na pracoviště kontroly infekcí, kde jsou sestry pro kontrolu infekcí dostupné 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Do jejich pracovní náplně patří zajištění patřičných opatření u konkrétních pacientů s konkrétní infekcí v konkrétních podmínkách (například izolace nemocného). Komplexní přístup a integrace aktivit umožní nejen velmi rychlou pomoc pacientovi (například rychlou volbou správných ATB specialistou, který už zná výsledky z laboratoře), ale i zabránění rozšíření infekce na další pacienty. Základním předpokladem vybudování tohoto velmi účinného systému je vzájemná důvěra mezi pracovníky nemocnice. Problém je ovšem v prolomení zcela jiné české tradice.

Jana Jilková

## Umění komunikace s pacientem – nový projekt FNUSA

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně využije své zkušenosti s realizací projektů zaměřených na oblast vzdělávání a poskytne odborníky, prostory a techniku projektu „Simulační výuka komunikačních dovedností zaměstnanců zdravotnických zařízení v Jihomoravském kraji“.

### Učení se z chyb

Vzdělávání umožní nelékařským zdravotnickým pracovníkům ze spolupracujících zdravotnických zařízení, konkrétně Nemocnice Milosrdných bratří, Nemocnice Kyjov, Úrazové nemocnice v Brně a Vojenské nemocnice Brno, účastnit se aktivit zaměřených na posílení základních komunikačních dovedností a jejich další rozvoj. Cílem je zvýšit konkurenceschopnost nelékařských zdravotnických pracovníků na současném trhu práce. Oblast komunikace a témata souvi-

sející s touto problematikou se konečně dostávají do popředí zájmu celé společnosti. Poptávka je vysoká, avšak ve formě, kterou nabízí tým odborníků Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, doposud málo dostupná. V rámci všech klíčových aktivit budou mít nelékařští zdravotníci pracovníci možnost projít simulační výukou komunikačních dovedností. Simulace využívá přístup „učení se z chyb“, který pohlíží na chyby jako na příležitost motivující k dalšímu vzdělávání. Prostřednictvím simulace je mož-

né vyzkoušet si a nacvičit prakticky jakékoli situace, které mohou nejen v prostředí zdravotnického zařízení nastat.

### Klíčová role zpětné vazby

Výuka je založena na komunikaci účastníka výuky s pacientem nebo jeho příbuzným, kterého představuje profesionální herec. Herci se řídí předem vypracovaným scénářem a pokyny psychologů. Průběh simulované situace je ostatními účastníky sledován prostřednictvím audiovizuální techniky z debriefin-

gové místnosti a současně je z něj pořizován záznam. Po ukončení simulace psycholog situaci s účastníky podrobně rozebírá. Tato zpětná vazba hraje ve výuce klíčovou roli a nabytá zkušenost zúčastněným umožní vědomě volit vhodnou komunikační strategii a přístup k pacientovi a vyvarovat se tak neadekvátních reakcí. Náplň projektu je v této formě v současnosti v České republice zcela jedinečná.

Náklady budou hrazeny z prostředků Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost. Červenný projekt vstupuje do realizační fáze pro období 2014–2015. Získaná částka přesahuje 2,2 milionu Kč.

# Nezabiješ

**Motto:** Běda těm, kdo říkají zlu dobro a dobru zlo, kdo vydávají tmou za světlo a světlo za tmou, kdo vydávají hořké za sladké a sladké za hořké! Běda těm, kdo jsou moudří ve vlastních očích a rozumní sami sebou.

(Izajáš 5, 20–21)

Začneme několika citáty: „Nacionální socialismus je aplikovaná biologie.“ (Rudolf Hess, 1934) „Lékař je biologický voják.“ (prof. Rudolf Ram)

## Přelévání oceánu čajovou lžičkou

Mystika ozdravení národního těla po „selhání“ Němců v první světové válce a zmatený romantismus vyspekulované „rasy“, taková byla ideová východiska nacismu. Obrátila se proti Židům, Romům, tělesně i duševně handicapovaným, duševně nemocným, pak i homosexuálům, kriminální subkulturě a nakonec proti jakkoli odlišným. Tedy každému, kdo nesměl, nechtěl nebo nemohl maširovat *mit ruhig festem Schritt*. I sám nesouhlas s národněsocialistickými bludy se mohl snadno považovat za příznak duševní úchylinky. Vždyť jak mohl někdo nevidět něco tak úžasněho! Koneckonců stejnou myšlenkou se i řídil sovětský režim, když zavíral disidenty do psychiatrických léčeben a podával jim psychofarmaka.

Počátek ideje eugeniky, později tak oblučně zneužitá, je spojen se jménem Darwinova bratrance se sira Francise Galtona, který byl zdatným popularizátorem i vulgarizátorem evoluční teorie. Původním cílem ovšem mělo být dobrovolné, na osvětě založené zlepšování lidského genofondu. Z věcného hlediska šlo o pošetilost, danou neznalostí populační genetiky, zejména Hardyho-Weinbergovy rovnováhy, která ve velké, či dokonce panmiktické populaci činí veškeré šlechtitelské manipulace pouhou iluzí, přeléváním oceánu čajovou lžičkou.

## Jen dva prstíčky...

Vypěstovat silnou a zdravou rasu, geneticky, tělesně a duševně zdravý národ, se stalo absolutní prioritou, již se musí podřídit zákon i morálka. Jedním z otců nacistické eugenické a rasové pavědy se stal švýcarský psychiatr prof. dr. Ernst Rüdin (1874–1952), žák Bleulerův a Kraepelinův, který se dal do služeb Říše a stal se komisařem pro rasově hygienickou politiku říšského ministerstva vnitra. Následoval

zákon o prevenci dědičných chorob potomstva (*Gesetz zum Verhütung erbkranken Nachwuchses*, RGBl. I, S. 529) ze dne 14. 7. 1933, jenž nabyl účinnosti dnem 1. 1. 1934. Jím byla také prolomena povinná mlčenlivost a došlo k jejímu překlopení v pravý opak – povinné hlášení.

Mimochodem, tato historická zkušenost je naprosto dostatečná k tomu, abychom mlčenlivost úzkostlivě střežili jako hodnotu samu o sobě před všemi orgány včetně soudních, které mají tendenci okrajovat její výklad, protože pro svou práci potřebují jenom vědět, zda... atd. A ono „jenom“ pak rozežírá princip jako kyselina. Jen dva prstíčky si, Smolíčku Pacholíčku, ohřejeme a hned zase půjdeme. *Figu borovú*, orgánové, *figu borovú*. To je jediná správná odpověď s výjimkou zákonem jednoznačně vymezených případů (a že je jich početně!). Kromě definovaných výjimek máme mlčet o všech skutečnostech, jež jsme se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Všechno znamená opravdu všechno. Žádné „jenom“ tu logicky nepřichází v úvahu. Pokud tu úřady něco potřebují, je to jejich problém. My jim ho usnadňovat nesmíme, a tudíž nebudeme.

## Mentální výmyky

Myšlenka nucené sterilizace a logicky navazující „eutanazie“ představovala jakýsi biologický a genetický romantismus spojený s technicistním a utilitárním přístupem ke světu a společnosti. Biomedicína byla pojímána jako přímá státotvorná síla. Odvolávali se na vyšší princip (*Nic než národ!*) a „vyšší“ formu lékařské etiky. Vždyť podle Heinricha Himmlera byl Hippokratés vzorem pro každého lékaře SS. Ne, to není legrace. Tady mrzne úsměv na rtech.

Pamatujete také tato *salta mortale*, tenthle orwellovsky *doublethink*? My starší jsme z marxistické pavědy povinně dělali zkoušky. A byla to zkarikovaná dialektika, která dokázala s vážnou tváří tvrdit, že diktatura proletariátu je vyš-



MUDr. Milan Novák  
neurolog@centrum.cz

ší formou demokracie. Je to stejný (mentální) výmyk, jenom na jiných bradlech. Nelze stále dost zdůraznit blízkost nacistického a bolševického způsobu myšlení. Vždyť historicky nevznikly nezávisle na sobě.

Zde platí, že jsou-li výchozí předpoklady dostatečně šilené, lze dokonale seriózní argumentací dospět ke zcela pomateným závěrům. Ostatně je to i princip bludu. Nejhorší je, že vznikne-li společenský systém vylučující kritiku, stává se blud všeobecně sdíleným, oficiálním a povinným. Z patologie stává se normalita, a kdo se jí vymkne, jinými slovy „odolává zglajchšaltování“, je trestán. Proces, který v pozdější době dostal orwellovský název *normalizace*.

## Geometrická řada s energií laviny

Začalo se tedy hlásit, tím i registrovat a nakonec samozřejmě rozhodovat. Napřed „pouze“ o nucené sterilizaci. Odtud se již bez velkého duševního násilí přešlo k „eutanazii“, ovšem nevyžádané, takže se jednalo o pseudo-eutanazii, o vykradení významu slov. Nacismus překypoval eufemismy. Podobně jako bolševismus. Manipulace se slovy a pojmy vždy věští smrtelné nebezpečí. Nejprve pro svobodu, pak pro majetek a nakonec jde o holý život. Děti se zabíjely převážně barbituráty, dospělí kyslíčnickem uhelnatým. Spektrum však bylo širší: fenol, skopolamin, morfin, později střela do týla, Cyklon B a především vsudy-přítomné hladovění.

Precedentem a podnětem ke schválení dětské „eutanazie“ byl lipský „Případ dítěte K.“ (*Fall Kind K.*), jehož přesná datace není jasná, patrně šlo o první polovinu roku 1939. Usmrcení malformovaného dítěte řešil osobně Hitlerův emisar, jeho „doprovázející lékař“ (*Begleitarzt*), generál zbraní SS prof. dr. Karl Brandt (1904–1948), později generální komisař pro zdravotnictví (*Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen*). Tato zkušenost vedla k rozvoji mimoprávního zabíjení



První usmrcení malformovaného dítěte řešil osobně Hitlerův emisar, generál zbraní SS prof. dr. Karl Brandt, později generální komisař pro zdravotnictví. Tato zkušenost vedla k rozvoji mimoprávního zabíjení jako standardního procesu na základě tajných vnitřních pokynů.

jako standardního procesu, a to na základě tajných vnitřních pokynů. Úmrtí listy a matriky se falšovaly. Uzákonění nacisté zvažovali, ale zalekli se toho. A to už muselo být, když i nacisté měli strach.

Na počátku ve skutečnosti nebyl jasný plán. Věci se rozbíhaly jakoby vlastní vahou, vlastní logikou. I zločin má totiž svou zeleznou zákonitost, svou vlastní iracionální racionalitu. Na příznivě půdě roste řadou geometrickou a s energií laviny. Lékař měl být v první řadě strážcem zdraví národního těla (*Volkskörper*), tedy již žádná *salus aegroti*. I pro nemocného to vlastně měla být úleva, milosrdenství, zkrátka nejlepší řešení. Objektivně vědecké, odborné, medicínsky indikované. A v neposlední řadě velmi ekonomické. On sám by třeba byl jiného názoru, ale nebyl tázán. Co odborníci rozhodnou, do toho, občane, nevstupuj. Idea tzv. vlády odborníků vždy byla a je nebezpečnou iluzí. Není nic horšího než moc v rukách iniciativních fuchidiotů se zmrzačenou sociální inteligencí a politickým i občanským perimetrem na úrovni zakrslého krčka. K této tezi se ještě vrátíme, a to velmi konkrétně.

## V mystickém vytržení za zvuku gilotiny

Všimněme si, jak se dnes skloňuje *salus aegroti suprema lex*, i když už většinou neumíme latinsky. Kdekdoto bezmyšlenkovitě používá jako motto. Přitom je to zásadní a hluboký omyl z dob patriarchální medicíny, který z dnešního filozofického ani právního hlediska neobstojí. Výše než *salus* totiž jednoznačně stojí *voluntas* nemocného. On jediný, pochopitelně po řádném, tj. srozumitelném a úplném poučení, rozhoduje

o tom, co je jeho *salus*. Nechce námi navržené řešení? Žádá si šarlatána? Není proti tomu jiný prostředek než osvěta. To dnes stále většina z nás nechce vnitřně přijmout. Vždyť my za každého víme, co je jeho blaho. Přeneseno z medicíny do politiky, stačil by přeci nějaký výbor moudrých odborníků, kteří občanům určí, co je jejich blaho. Leč v pozadí všech výborů pro veřejné blaho (*comité de salut public*) již citlivější z nás slyší zvuky jakoby z řeznického krámu – tupá zuchnutí gilotiny.

Teoretický základ, na který se nacisté odvolávali (včetně pojmu „životu neohodného žití“ a „balastní existence“, jakož i ekonomického aspektu), byl dán již v roce 1920 v knize *„Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“*, kterou napsali psychiatr s právníkem, profesori Alfred Hoche a Karl Binding. Od tohoto momentu se zřetelně šíří nejprve tolerance, pak vstřícnost a nakonec povědomí legitimnosti zabít obecně všech nepohodlných, všech *balastních existencí*, všech, kdož nejsou jako my, všech, kdož v mystickém vytržení neprospívají státu. Laťka i zábrany klesají, vraždění se banalizuje a redukuje na svou technickou stránku. Lidé si zvykají, nastává se nová společenská norma.

## Z lékaře zdravotním policistou

Také se nejprve hovořilo o souhlasu postiženého, lékařských komisích i víceúrovňových pojistkách. Byl v tom ale háček. Dítě ani duševně nemocný nemůže souhlas podat, takže rozhodnutí musí převzít stát. Všemocný, vyzývaný pruský stát, posvátná autorita, o níž se nediskutovalo, před ní se jenom srážely podpatky. Ti podivní lidé

byli dokonce na svou slepou poslušnost pyšní. Podle nich to byla známka pořádku a civilizace. Spolu s vlastní vůlí ovšem předali anonymnímu státu také odpovědnost. A o to šlo. O pohodlí zbabělosti. Oni nic. Lékaři se stali agenty státu, nikoli pacienta. Nikoli ochránci, ale pronásledovateli pacientů a biologickými revolucionáři. Medicína se proměnila na zdravotní policii.

I dnes si povšimneme výhonků konstruktivistických tendencí. Myslím ona občasná volání po pravomoci nějak trestat pacienty za nezdravou životosprávu či nedodržování prevence. Vůbec nedomyšlíme, že vlastně toužíme po správních pravomocích. Nepochybně v dobré víře. Ta ovšem tolikrát vedla do pekla... Protože rozhodnutí, že pacient-kučák či dietu nedržící diabetik by si měli péči hradit či dostat nějaký *malus*, by vyžadovalo řádné provedení důkazů a bylo by soudně přezkoumatelné. Chceme opravdu opustit bezpečný svět rady, poučení, osvěty, konzultace a vypravit se do sféry donucování? Stát se součástí státní moci? Velmi riskantní a absolutně nežádoucí. Neopravujeme společnost, nemocní nám bohatě stačí. Prioritou je pacient, nikoli společnost. Ta si klidně může trhnout nohou.

### Životy nehodné života

Nejprve přišly na řadu hrubé vývojové patologie, pak snížili laťku a zabíjeli také děti postižené i lehkými rozštěpovými vadami rtu a patra, jinak vděčný předmět plastické a rekonstrukční chirurgie. Kluzký svah kompromisů vedl ke zrychlujícímu se zjednodu-

šování rozhodovacího procesu až k jeho úplnému semletí na fraškovitou formalitu. Jakmile totiž jednou existuje pravidlo, není až tak nesnadné začít dělat výjimky až k úplné svévoli. Nakonec přišla na řadu i medicinalizace společenských otázek: Roli hrála též kritéria čistě sociální, prohlašovaná za genetická a biologická. Vypukla kampaň nacistických (ale i sympatizujících nebo jen příliš poslušných) lékařů proti slabým, neoblíbeným, vyloučeným. Vše záviselo na definici toho, co znamená „*životy nehodné života*“. To byl *terminus technicus*, který v originále vyzní jako slovní hříčka (*lebensunwerte Leben*). Bože, masoví vrazi se smyslem pro humor, to tu ještě scházelo!

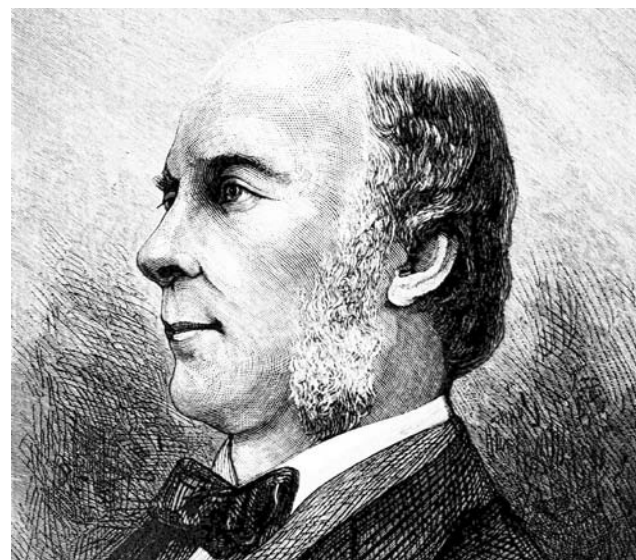
Vrchovatě se zde naplnila odvěká tendence lékařů rozhodovat o druhých, pokud možno neomezeně, a preference odbornosti nad kritérii společenskými (etickými, individuálními a politickými). Bohorovná medicína se tu nebezpečně tyčila nad vůli a právy nemocného. A odpovědnost? Tu přece nesly odborné autority a státní byrokracie. Provádějící lékař vlastně ani nevěděl, respektive nechtěl vědět, že činí nesprávnou věc. Tuto obhajobu ještě dlouho po válce přijímaly německé i rakouské soudy a pachatele, které nestihli včas oběsit Američané, vesele osvobozovaly.

### Mord s úsměvem v rukavičkách

Nejkřiklavějším případem byl SS-Hauptsturmführer (kapitán) dr. Kurt Borm (1909–2011), vrah z Bernburgu (Sasko-Anhaltsko) a Pirny-Sonnensteinu (Sasko), jeden z příslušníků Himmlero-

vých „Hippokratovců“, jenž měl na svědomí 6652 mrtvých. O důkazech nebylo sporu. Nesplnil však subjektivní podmínku zavinění. Neprokázali mu totiž vědomí nesprávnosti masového zabíjení. Jako přesvědčený nacista s od dětství vštěpovanou úctou k autoritám prý nebyl schopen rozpoznat, že koná protiprávně, a tak použili zásadu *in dubio pro reo* (rozsudek Spolkového soudního dvora v Karlsruhe ze dne 20. března 1974 pod č. j. 2 StR 589/72). Snad netřeba podotýkat, že až do vysokého věku vykonával lékařskou praxi a byl u pacientů oblíben. To už tak nějak patřilo k věci. Spousta nacistických lékařských vrahů prý totiž byli velmi příjemní, vzdělaní a kultivovaní lidé. Tedy když zrovna někoho nemordovali nebo neseletovali na rampě. Kromě charismatického Mengeleho. Ten se usmíval i tam.

Většina případů se utulala. Málokdo promluvil. Lékaři drželi při sobě a předstírali, že střeží dobrou pověst německé medicíny. Ti, kteří ji pokáleli, obviňovali ty, kteří ji chtěli skutečně očistit, z kálení do vlastního hnízda. Hradbu vyhýbavého mlčení, vzájemné ochrany a apologie prolomil až novinář Ernst Klee v roce 1985. Ještě další roky však trvalo, než nastala všeobecná a účinná sebereflexe i pátrání po tom, co se vlastně stalo. V zásadě si to celé vyžádalo dvě generace. Při nás uplynula zatím jedna. Příliš malý odstup od starého režimu. Asi proto se mohou stávat neuvěřitelné věci, alespoň z pohledu optimistů. Máme totiž ještě pořád plno starých borců. Jen se bojím, aby neměli pozor-



Počátek ideje eugeniky je spojen se jménem Darwinova bratrance Francise Galtona, který byl zdatným vulgarizátorem evoluční teorie.

né žáky. Tato obava je ostatně motivem tohoto článku. Jakýmisi příspěvkem k ideovému zneškodnění a sterilizaci stále silně infekčních myslí.

### V politováníhodném skanzenu

Doc. JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc. (nar. 1936), ředitel Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové, člen vědecké rady Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a bývalý soudce (1961–1975) nedávno zveřejnil šokující článek, který je opravdu na míle daleko mimo tento normální svět. Vyšel v *Časopisu zdravotnického práva a bioetiky*, který vydává Ústav státu a práva Akademie věd ČR.

Mitlöhner v něm například píše, že by zákon měl stanovit, aby ženy měly *povinnost* jít na potrat, pokud by čekaly těžce malformovaného potomka. Také by mělo být definováno, který narozený je ještě člověk a který již nikoli. Lékař vedoucí porod těžce malformovaného jedince (autor užívá rovněž pojmu *zrůda*) by měl být oprávněn o dalším postupu rozhodnout sám nebo po konzultaci s vedoucím pracoviště či specialistou z oboru pediatrie, avšak *zásadně bez vyjádření či stanoviska matky či rodičů*. Jejich stanovisko by totiž mohlo být emotivně nerozumné a neobjektivní. Objektivní je jenom odborník. Mělo by se tak činit *s ohledem na prioritu zájmu společnosti na zdravé populaci*. To zarezonuje v uších poučeného natolik, že by málem bezmyslenkovitě vyhrkl: *Heil Hitler*.

Článek dle prohlášení autora vznikl v souvislosti s projektem „Rozvoj a podpora multidisciplinárního vědecko-výzkumného týmu pro studium současné rodiny“ (*sic!*). Není to pravda. Jde

o bezostyšnou recyklaci textu (včetně totožného názvu), který autor publikoval již před 28 lety v periodiku *Československé zdravotnictví* (1986; 34(3): 108–113). Proto také „dílo“ neobsahuje novější literární odkazy (nejmladší citace je z roku 1983); navíc pocházejí z izolovaného a křivého světa tábora míru a socialismu. V inkriminované době byl autor vedoucím odboru organizace a zdravotnického práva Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví v Praze.

Text obsahuje i trapné chyby. Odkazuje např. na jakousi „*Maestas Carolina*“, čímž autor patrně myslí zákoník Karla IV. *Majestas Carolina*. Ten ovšem nikdy nevstoupil v platnost. Autor opakovaně užívá termín „*trestní zákon*“ (tj. zákon č. 140/1961 Sb.), ačkoli dnes máme už 5 let *trestní zákoník* (zákon č. 40/2009 Sb.). Jako kdyby se už od 80. let ničemu nenaučil a nic nepochopil. Především úplně nové, evropské intelektuální, kulturní, etické a právní *milieu*. Zůstal mentálně i věcně třet v politováníhodném skanzenu, civilizačním pokrokem dokonale nedotčen. Ani věk mu nemůže být omluvou, tedy pokud je zdrav. Kdo má silný žaludek nebo aspoň emitku po ruce a chce zažít skutečný šok z řevu dinosaura, tak děsivě autentický, že Spielbergův „*Jurský park*“ je proti tomu hadr, může použít následující odkaz: Mitlöhner M: K právním a etickým problémům spojeným s narozením těžce malformovaného jedince. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* 2014; 1: 48–54 (dostupné na [www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/](http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/)). Je to thriller, ale i silně varování. Poučení z krizového vývoje. Tak dobrou chuť a se soudružským pozdravem *lidu zdraví, světu mír*.



Karl Brandt před soudem v roce 1947. V rámci Norimberských procesů byl shledán vinným ze zločinů proti lidskosti a 2. 7. 1948 popraven.



## Zatím nám genetika bohužel říká méně než rodinná anamnéza

Text: Markéta Mikšová  
Foto: Jiří Široký

Emeritní přednosta Kliniky kardiologie pražského Institutu klinické a experimentální medicíny **profesor Vladimír Staněk** působí dojmem pohodového vědátora. Jak říká, dosáhl již všeho, co chtěl, a snad i více než chtěl, je spokojený a nikam se už nežene. Věnuje se tomu, co ho těší, a nechce už prý nic, jen se občas svést dobrým autem, což se mu daří.

**Pane profesore, právě dnes je vám 81 let. Pamatujete se na dobu, kdy tyto číslice stály obráceně?**

A víte, že ani moc ne? Asi jsem v té době zrovna maturoval. Ale pamatuji si, že mi v tom roce zemřel otec. Byl to také lékař, cizinec, který vystudoval v Praze a stal se odborníkem na plicní nemoci.

**Vaše příjmení zní přitom ryze česky...**

Ano, ale otec se jmenoval Stanev a já se narodil také jako Stanev. Když si tatínek zřídil na pražských Vinohradech ordinaci, změnil si jméno na Staněk. Asi z obchodních důvodů a možná i proto, že jsem měl nastoupit do školy.

**Přál jste si jít v otcových šlépějích a stát se lékařem?**

Spíše stavebním inženýrem, protože mě to bavilo, byl jsem celkem nadaný na matematiku a fyziku. Otec samozřejmě chtěl, abych studoval medicínu, matka mi zase doporučovala, abych šel na nějaké řemeslo nebo do obchodu. Její otec měl řemeslnickou dílnu a rozdíl mezi příjmem řemeslníka a lékaře tak mohla snadno porovnat.

**Byl tedy rozhodujícím impulzem pro studium lékařské fakulty fakt, že váš tatínek byl lékař a vyslovil toto přání i u vás, nebo spíše rozhodlo to, že byl nemocný?**

Těžko říct. Po jeho smrti jsem se ze dne na den rozhodl na poslední chvíli. Matka nakonec uznala, že na řemeslo jsem slabý a na obchod málo chytrý, a tak souhlasila.

**Patříte ke generaci, kdy bylo zvykem po škole získat místo na základě umístěnky. Vy jste se dostal do Východočeského kraje, kde jste pracoval v různých zařízeních jako internista. Vyhovovalo vám to? A znamenal pro vás tenkrát přechod do praxe velký zvrat?**

V té době hlavně moc nezáleželo na tom, co jste chtěla nebo nechtěla, rozhodovalo to, co vám kdo nařídil. Musela jste nastoupit tam, kam vám nařídili, nesměla jste změnit zaměstnavatele a tím ani obor.

Umístěnku jsem dostal do sanatoria v Košumberku u Vysokého Mýta. Léčila se tam dětská tuberkulóza a byl to poklidný život. Průměrná doba pobytu pacienta byla 1 rok, na kostním oddělení i několik let. Naštěstí jsem po půlroce musel nastou-

pit na rok na vojnu a pak jsem se dostal do okresní nemocnice. Teprve tam jsem poznal realitu sekundárního lékaře. Osmdesát lůžek, dva sekundáři, ob den a ob víkend noční služba, odměna za noční službu 16 Kčs, tedy koruna na hodinu. Polovina služeb se ovšem neproplácela, bylo nutno si je vybrat formou náhradního volna. Pokud byli sekundáři jen dva, měli smůlu. Když dnes vidím mladé lékaře, kteří pracují na menší úvazek a někteří ani neslouží noční služby, říkám si, že by jim trocha reálného socialismu a vojny pod slovenskými poddůstojníky docela prospěla.

**Jak jste se dostal ke kardiologii?**

Pracoval jsem celkem 6 let v různých okresních nemocnicích, zprvu v Čáslavi, pak v Nymburce, prošel jsem nejen internou, ale i chirurgií, pediatrií a gynekologií. Měl jsem tehdy představu, že již hodně znám a že se v malé nemocnici o moc víc nenaučím. Toužil jsem dostat se do Prahy na kliniku, bylo mi jedno na jaký obor.

Poslední 3 roky jsem denně dojížděl do práce z Prahy, hodiny ve vlaku či autobusu jsem využíval ke studiu. Mluvil jsem již anglicky a německy, učil jsem se francouzsky a španělsky – to abych mohl číst literaturu, protože jsem byl smířený s tím, že za hranice se nedostanu. Hodně jsem tehdy na sobě pracoval.

Dostat se na kliniku ovšem pro mě bylo nemožné, nikdy mi nepřišla odpověď na přihlášku do konkurzu, nikdy mě nikdo nikam nepozval, nikdo se mnou nechtěl mluvit. Až jsem se ve svých 31 letech přihlásil do konkurzního řízení, které vypsala Ústav pro choroby oběhu krevního v Krči (ÚCHOK), a byl jsem přijat. Byl to velký zlom v mém životě, nejen proto, že jsem se mohl věnovat kardiologii a výzkumu, ale i proto, že se mi vrátila víra ve smysl vzdělání a píle.

**Co pro vás představovalo hlavní rozdíl mezi prací v ústavu a třeba v Čáslavi?**

Práce v ÚCHOK byla na vysoké úrovni a hlavně tu probíhal výzkum. Zažil jsem tu začátek izotopových metod, vyšetřování krevních plynů, začátek kardiostimulace, později koronární péče, využití katetizačních metod. Vzájemně jsme se školili, diskutovali, všichni jsme byli nadšení pro obor a výzkum. Experimentálně se pracovalo na zvířatech. Musel jsem se naučit vyšetřovacími metodám, které jsem nikdy předtím neviděl. Měl jsem proto



## PŘEDSTAVUJEME

oproti zkušenějším komplexu. Po klinické stránce jsem se ale jako méněcenný necítil. Měl jsem za sebou tisíce hodin pohotovostních a nočních služeb, kdy se člověk musí na *emergency* sám rozhodovat a učit ze svých úspěchů i omylů. I jako mladý jsem měl ze všeobecné medicíny více zkušeností než někteří starší, tituly ověření vědeckí pracovníci. Nepovažuji se za žádného vědce, ale za lékaře, klinika. Noční služby na akutním oddělení jsem nakonec sloužil do svých 70 let.

**Práci v IKEM jste věnoval většinu svého profesního života. Když se ohlédnete, na co z té doby vzpomínáte nejraději?**

Bylo to několik etap. Nejprve jsem pracoval v kardiopulmonální skupině, která se věnovala plicní cirkulaci u srdečních vad a plicních chorob a celé plicní fyziologii. Měl jsem štěstí na učitele, kterým byl profesor Jiří Widimský, tehdy vedoucí světového odborníka. Z té doby mám řadu publikací a díky tomu jsem získal v letech 1968 až 1970 stipendijní místo na klinice ve Velké Británii.

Po návratu jsem se později stal vedoucím první koronární jednotky v tehdejší Československu. To byla druhá etapa mého profesního života. Velice mě to bavilo a byl jsem pro tento nový obor ohromně zaujatý. Stále se objevovalo něco nového a také to byla akutní medicína, kde člověk opravdu mohl pro pacienta v rámci tehdejších možností něco udělat. Tehdy nám prošla rukama ohromná spousta nemocných. Byla to velice zajímavá práce, která mi přinášela radost a uspokojení. Měl jsem pocit, že jsem skutečně něco platný jako lékař i učitel.

Po změně režimu v roce 1989 přišla třetí, pro výzkum nejméně plodná etapa. Byl jsem na rok jmenován zastupujícím ředitelem IKEM, stal jsem se přednostou kardiologické kliniky, vedoucím subkatedry kardiologie IPVZ (tehdy ILF), byl jsem v prvních tajných volbách zvolen předsedou České kardiologické společnosti a stal jsem se šéfredaktorem časopisu *Cor et Vasa*. Na výzkum tedy nebylo moc času. Chcete-li někoho vědecky zlikvidovat, dejte mu funkce. Zpětně vidím, že jsem se jim neměl tolik věnovat. Mým největším uspokojením tak byly úspěchy mých spolupracovníků.

**Koncem 60. let jste pobýval ve Velké Británii. Nebyl jste v pokušení emigrovat?**

Nějaká pokušení byla. Začátkem roku 1970 se měli všichni Čechoslováci vrátit a já stál před rozhodnutím. Měl jsem smlouvu na další rok, šéf kliniky mi nabízel delší pobyt, jeden z mých britských přátel se pracovně stěhoval na Floridu a předjednal mi tam pobyt v jednom výzkumném ústavu. Starý konzervativní profesor, typický anglický tory, se mnou analyzoval mé perspektivy v Praze a skončil pragmatickým doporučením: „Buďte zůstaňte na Západě, nebo se k nim dejte.“ Neudělal jsem ani jedno, ani druhé a myslím, že jsem neudělal špatně. Pravda ovšem je, že jsem byl ovlivněn otcem, který mi několik dní před smrtí radil, abych nikdy neemigroval, a že jsem jako jediný syn měl v Praze 67letou matku. Ta ovšem potom žila téměř do sta let a já byl rád, že mi v horších dobách občas půjčila nějakou korunu.

**IKEM vznikl v roce 1971 sloučením pěti samostatných výzkumných ústavů v Praze-Krči, které byly založeny 20 let předtím. V oborech, jako jsou kardiologie a transplantologie, měl od začátku vedoucí postavení u nás...**

Vedoucí postavení si zachovává dodnes, protože je zde koncentrovaná kardiologická problematika i transplantací medicína. Srdce transplantují i na jiných pracovištích u nás, ovšem zde v IKEM máme největší zkušenosti a provádí se tu nejvíce transplantací nejen srdce, ale i jater a ledvin. Je třeba připomenout, že toto pracoviště jako první u nás zavedlo angioplastiky koronárních tepen, koronární angiografii a koronární chirurgii, implantace kardiostimulátorů, defibrilátorů, ablační techniky v léčbě arytmií, první implantace stentů do koronárních tepen, první transplantace srdce, nověji katetrizační implantace aortální chlopně a podpůrné oběhy.

Výzkumné ústavy v Krči a později IKEM sice za socialismu dostávaly více prostředků než jiné nemocnice, ale úspěchy spočívaly v tom, že si mohly dovolit zaměstnat schopné pracovníky bez ohledu na politickou příslušnost a posudek. Mohly si vybírat pracovníky asi tak, jako bohatý fotbalový klub nakupuje dobré hráče.

**Měli jste v IKEM při první transplantaci srdce na pomoc nějaké zahraniční experty, aby vás naučili?**

Já sám jsem v první transplantaci v roce 1984 angažován nebyl, ale

tu dobu si dobře pamatuji. První transplantaci srdce provedl profesor Pavel Firt, z kardiologů byl v týmu profesor Juraj Fabián, přípravu a organizaci vedl tehdejší ředitel IKEM profesor Vladimír Kočandrle. Celé akci předcházela skutečně dlouhá a precizní příprava. Bylo třeba vypracovat řadu metodik z oblasti biopsie, histologie, imunologie, farmakologie, nacvičit v experimentu odběr orgánu i vlastní transplantaci a stejně tak celou organizaci. Před první transplantací byla přísná několikátýdenní pohotovost všech angažovaných. Byla to velká, perfektně připravená akce a žádný zahraniční expert u ní nebyl. Samozřejmě že ti, kteří se na provedení transplantace připravovali, se byli v zahraničí na transplantaci podívali, ale operaci již prováděli sami. U nás v IKEM proběhla první transplantace srdce v socialistickém bloku a vlastně na celé východní polokouli včetně Austrálie.

Tento zárok je jistě úspěch, je to zázračná změna pro umírajícího pacienta i jeho rodinu. Je však třeba dodat, že jde jen o hrstku lidí, která se jí dočká. Česká republika je obecně v transplantologii na velmi dobré úrovni, transplantaci srdce se u nás provádí kolem 80 ročně, což představuje v přepočtu na počet obyvatel 3. místo v Evropě. Ale na srdeční a cévní choroby u nás ročně umírá kolem 50 tisíc lidí. Skutečný úspěch kar-

diologie je tak třeba hledat v prevenci – v tom, aby k těžkému poškození srdce vůbec nedošlo nebo alespoň ne v mladém věku.

**Česká kardiologie má i ve světovém měřítku dobrý zvuk. Čím se dnes můžeme pochlubit?**

V rámci Evropské unie skutečně v kardiologii patříme do lepší poloviny. Za hlavní úspěch bych považoval široké rozšíření instrumentální léčby srdečního infarktu – zde jsme v Evropě jednička. Dále to jsou počty srdečních transplantací a nefarmakologická léčba arytmií. V těchto oblastech jsme na špičce evropských států. Úspěchy jsou i v prevenci ischemické choroby srdeční a cévních mozkových příhod nebo ve využívání moderní kardiovaskulární farmakoterapie. Kardiovaskulární mortalita za posledních 30 let klesla o více než polovinu a především díky tomu se průměrný věk dožití u mužů zvýšil ze 67 na 75 let a u žen ze 74 na 81 let.

**Jak moc se kardiologie od doby, kdy jste začínal pracovat jako lékař, změnila?**

Téměř k nepoznání. V době mé promoce jsme z diagnostických metod měli k dispozici jen fonendoskop, skiaskopii a elektrokardiogram. Z farmak to pak byly pouze digoxin, strofantin, nitroglycerin, rtuťová diuretika a pelentan, z antiarytmik chini-

din a prokainamid. Žádný z léků nemocným neprodlužoval život, a některé z nich dnes dokonce považujeme za nebezpečné. Změnilo se i spektrum nemocí, vymizela revmatická horečka a revmatické chlopní vady, ischemická choroba srdeční nebyla hlavním problémem.

Posledních 20 let pak znamená ohromný pokrok v možnostech diagnostických metod, v echokardiografii a koronární angiografii, ale také v dostupnosti kardiochirurgie a intervenčních metod. Dnes se u nás provádí ročně zhruba 50 tisíc koronárních angiografií a 22 tisíc koronárních angioplastik. Koronární chirurgie a kardiochirurgie, která do 90. let stagnovala, je dnes díky síti kardiocenter plně dostupná. Objevily se statiny, nová antihypertenziva, perorální antikoagulační, nové léčebné možnosti srdeční slabosti, intervenční metody, tedy postupy, které prodlužují život. Zažíváme bouřlivý rozvoj elektrofyziologie a intervenční léčby arytmií. Je to ohromný exponenciální rozvoj a pokrok za jediný aktivní život lékaře.

**Máte představu, kam až se kardiologie může dostat?**

Určitě se dočkáme dalšího pokroku v zobrazovacích technikách, které by mohly nahradit koronární angiografii a navíc neinvasivně detekovat nestabilní pláty hrožící rupturou či trombózou ▶



Chcete-li někoho vědecky zlikvidovat, dejte mu funkce. Zpětně vidím, že jsem se jim neměl tolik věnovat.

## PŘEDSTAVUJEME

**prof. MUDr. Vladimír Staněk, CSc., FESC**

\* 30. června 1933

Emeritní přednosta Kliniky kardiologie IKEM v Praze, kterou řídil v letech 1989–2001. Ve výzkumných ústavech, jejichž sloučením vznikl IKEM, pracuje od roku 1964. V letech 1978–1989 zde vedl koronární jednotku. V letech 1990–1991 zastával funkci ředitele IKEM. V letech 1990–1995 byl předsedou České kardiologické společ-



nosti a řadu let byl šéfredaktorem časopisu *Cor et Vasa*. V roce 1986 napsal knihu „Infarkt myokardu“ a v roce 2014 mu vyšla „Kardiologie v praxi“. Je dlouholetým vedoucím subkatedry kardiologie IPVZ, působí jako předseda společné Etické komise IKEM a TN v Praze.

Je ženatý a má 2 dcery. Manželka a jedna z dcer jsou rovněž lékařky.

tepný. Také bych čekal zdokonalení biochemických testů k odkrytí vulnerabilních plátů. Pokroky v určení příčiny hypertenze. Pokroky ve farmakogenomice, které by mohly odhalit, jak bude který pacient reagovat na léčbu. Třeba se časem bude využívat xenotransplantací nebo se naopak místo transplantací srdce budou implantovat čerpadla s trvalým zdrojem energie. To všechno nám zatím zní jako *science fiction*, ale stejně tak by znělo mladému Thomayerovi, že se

bude diagnostikovat pneumonie z jakéhosi rentgenového snímku, nebo Prusíkoví, že budeme pozorovat echem pohyby chlopní, bude se katetrizačně nahrazovat stenotická aortální chlopně nebo rekanalizovat infarktová tepna.

**Dosud pracujete na klinice, kde jste se zabýval grantovým projektem zaměřeným na genetickou determinaci ischemické choroby srdeční. Můžete nám toto téma přiblížit?** Jednalo se o otázku, zda můž-

me identifikovat jedince, kteří jsou geneticky předurčení k infarktu. Musím přiznat, že zatím je toto naše bádání spíše zklamáním, protože stále o člověku nejvíce informací řekne pohovor s pacientem. Dozvíme se od něho například, jestli jeho rodiče onemocněli infarktem a případně v jakém věku. Rodinná anamnéza je velmi důležitá a zvláště u mladších lidí, mám na mysli třeba kolem padesátky, je nutné ji znát. Když někdo dostane srdeční infarkt v osmdesáti letech, už tato informace roli nehraje. Samozřejmě, že genetické zatížení tu je. Víme, že určité vlohy k infarktu se dědí, jsou rodiny, kde se na infarkty umírá, to vypovídá letitá zkušenost. Nikomu se zatím ovšem nepodařilo objevit geny, které by právě toto onemocnění způsobovaly.

**Jste pořád hodně zaměstnaný, což vás jistě drží v dobré kondici. Co děláte, když právě nepracujete? Máte nějaké koníčky?** Mým koníčkem byla v životě medicína. Medicínou se ovšem zabývám stále, pracuji v ambulanci, sleduji dění a tento rok

jsem dokončil stručnou učebnici kardiologie. Pravda, v posledních letech jsem tempo zvolnil a věnuji se i jiným věcem. Mám zahradu, ale ne užitkovou, spíše jen pro radost, pěstují víno, mám vinici, kde je kolem šedesáti keřů, kousek okrasné zahrady, prostě pracuji na zahradě a těší mě to. Nedávno jsem našel nějaké brambory, byly už naklíčené, tak jsem je tam taky nasázel. Trochu se věnuji pěší turistice. Ale jen proboha ne horskou turistiku, chodím po rovině a úplně mi to stačí. Oblíbil jsem si například okolí Brd. Ovšem také se stalo, že mě rodina vytáhla pěšky až na Ještěd. Tam ještě vylezu, ale jinak preferuji roviny. Dále chodím plavat a rád se sevezu dobrým autem.

**Takže rád sednete do něčeho pořádně „nadupaného“?**

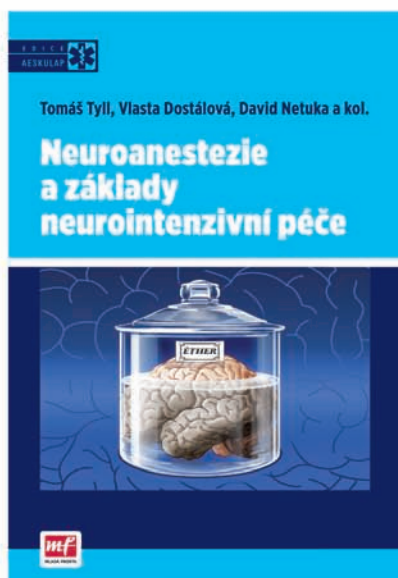
To už ne, starým lidem tak maximálně 3 litry a ne víc než 6 válců. Máte pravdu, potrpím si na výkonná auta, všichni si pro to ze mě dělají legraci. Dneska už ovšem neriskuji a nejezdím tak rychle jako zamlada, také už nemám tolik bodů...

**Lidstvo dělá vše pro svoji zkázu: přejídáme se, napravujeme se nejrůznějšími léky, držíme diety, zbavili jsme se přirozeného pohybu a chodíme do posilovny nebo běháme po parcích. Nemyslíte si, že nás civilizace časem zahubí?** Někdy to tak člověku opravdu připadá. Ale zatím se vždycky nakonec našlo nějaké řešení.

**Podle odhadů se v roce 2099 budou lidé dožívat 120 let. Je na tak dlouhou dobu fungování lidské tělo vůbec dimenzováno? Myslíte, že tu zátěž můžeme vydržet?**

Především nevím, kdo ty starce uživí! Slyšíme, že stát se nepostarají a jejich 95leté děti a 70letí vnuci jim asi také nepomohou. Naše tělo se sice nevylepšuje, ale vylepšuje se medicína. K dispozici máme kromě farmak sten-ty, umělé cévy, kovové klouby, implantáty a porcelánové zuby, umělé čočky, v srdci pacemakery, defibrilátory, umělé chlopně, transplantované vlasy, vytaženou kůži... Opravdu těžko říct. Naštěstí my dva se toho nedožijeme.

Inzerce M141001024



Představujeme publikaci

# Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče

Komplexní pohled na problematiku perioperační péče v neurochirurgii. Chirurgická část se zabývá jednotlivými typy výkonů, ale též anesteziologickou péčí o pacienta po výkonu. Anesteziologická část popisuje farmakologii nitrožilních a inhalačních anestetik a jejich vztah k celkovému

stavu CNS. Dále jsou probány jednotlivé metody monitorování mozku a míchy. Kapitoly věnované anestezii u neurochirurgických výkonů pojednávají o předoperační přípravě, jednotlivých zákrocích s anesteziologickými specifiky a nejčastějších komplikacích či odchylkách.

**Autoři: Tomáš Tyll, Vlasta Dostálová, David Netuka a kolektiv**

**Doporučená cena 580 Kč**

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

**MEDICAL SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR a pořadatel kongresů, konferencí a sympozií



# Laureátem Purkyňovy ceny profesor Josef Koutecký

Předsednictvo České lékařské společnosti JEP každoročně uděluje Cenu J. E. Purkyně některému ze svých členů za významné zásluhy v oblasti medicíny. Letos tuto poctu získal prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc. Cena mu byla slavnostně předána v rámci 56. Purkyňova dne konaného 18. června na libochovickém zámku.

**S**aturnův sál zámku Libochovic zela zaplnili kolegové, přátelé a spolupracovníci pana profesora, kteří přijeli, aby mu poblahopřáli. Mezi gratulanty byli i rektor Univerzity Karlovy v Praze prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., děkan 2. lékařské fakulty UK prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc., a děkan 3. lékařské fakulty UK prof. MUDr. Michal Anděl, CSc. Právě tento žák Josefa Kouteckého akci moderoval. „Purkyňův den je oslavou naší profese a je pro mě velkou poctou, že mohu předat letošní cenu svému dlouholetému kolegovi a vzácnému příteli, panu profesorovi Josefu Kouteckému,“ uvedl předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, CSc., při zahájení slavnostního ceremoniálu.

## Zakladatel oboru

Dílo zakladatele oboru české dětské onkologie ve svém proslavu připomněl přednostou Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. lékařské fakulty UK prof. MUDr. Jan Starý, DrSc. Na začátku působení profesora Kouteckého se dařilo vyléčit pouhých 5 % dětských pacientů s onkologickou diagnózou. V roce 1984 to již byla polovina takto nemocných dětí a v roce 2004 se podařilo vyléčit 80 % dětí se zhoubným nádorem. Vývoj dětské onkologie od poloviny 80. let profesor Starý demonstroval na příkladech neuroblastomu – před třiceti lety se vyléčila pouhá 3 % dětských pacientů, u nichž byl diagnostikován, zatímco nyní přežití dosahuje 90 %. U Hodgkinova lymfomu, který byl pro děti v 80. letech v podstatě fatální diagnózou, je nyní přežití rovněž 90%. Třicet let vývoje dětské onkologie z pohledu žáka profesora Kouteckého přiblížil prof. MUDr. Tomáš Eckschlager, CSc., z téže kliniky. „Dětská onkologie je bezesporu nejúspěšnější obor medicíny druhé poloviny 20. století. Obrovský podíl na tomto úspěchu má profesor Koutecký. Jsem šťastný, že jsem mohl pracovat po jeho boku, a děkuji mu za to,“ uzavřel profesor Eckschlager.

## Prohlubující se propast

Vyvrcholením slavnosti byla promluva nového laureáta Purkyňovy ceny, v níž hovořil i o v současnosti naléhavém problému mravnosti a spirituality v medicíně. „Navzdory pokroku v medicíně v ní zůstávají okolnosti, které se nezlepšily, možná spíše zhoršily. Jsou to právě otázky mravnosti a spirituality. Příčina spočívá v tom, že mezi kulturou, která nám zprostředkovává vědění o člověku, a kulturou filozofickou v nejširším slova smyslu, která se zabývá vědění o postavení člověka ve světě a z toho vyplývajícími povinnostmi, je stále hluboká a prohlubující se propast. Zeje i v medicíně, oboru o nemocech, bolestech, úzkosti a strachu, o umírání a smrti jako její neodmyslitelné součásti. Smyslem a cílem medicíny je všem těmto protivenstvím předcházet, likvidovat je nebo alespoň minimalizovat. Daří se to jen zčásti. Bohužel se však dnešní medicína stává stále více biotechnologií, čímž výrazně mění svůj odedávňý charakter. Společně s touto změnou se změnili i všichni její účastníci. Pro pacienty už neplatí někdejší ‚pámbů dal, pámbů vzal‘, a i když často zůstávají vyděšenými a trpícími jedinci, nezřídka se dožadují služeb, které přesahují meze možností, někdy i slušnosti a práva. Ovšem lékaři – vyzbrojení spoustou technologií a úzce na ně specializovaní – zapomínají, že člověk sestává nejen z hmoty, ale že je tělem i duší,“ konstatoval profesor Koutecký.

## Duše svíraná úzkostí

Proto se v dříve nebývalé míře v nejrůznějších laických i odborných komentářích objevují pojmy „etika“ a „mravnost“. „Mravnost v medicíně bývala jakousi samozřejmostí, dnes je předmětem výuky a zkoušky na lékařských fakultách. Ani zkouška na výtečnou ovšem nezaručuje, že se úspěšný absolvent bude v klinické praxi chovat skutečně mravně. Výukou etiky totiž nenaučíme – a ani nemůžeme na-



Prof. Jaroslav Blahoš a prof. Michal Anděl předávají Purkyňovu cenu čerstvému laureátovi. | Foto: ČLS JEP

## prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc. (\* 31. srpna 1930)

Zakladatel dětské onkologie v Československu. Na Klinice dětské chirurgie FDL UK se od roku 1964 specializoval na dětskou onkologii. V roce 1978 bylo jeho pracoviště přesunuto do Fakultní nemocnice v Motole, s níž je spjat celý svůj další profesní život. Téhož roku byl jmenován primářem onkologického oddělení ve FN Motol. Přednostou Kliniky dětské onkologie tamtéž se stal v roce 1983. Jmenovaci řízení profesorem v oboru dětské onkologie úspěšně zakončil v roce 1987. Po sametové revoluci byl po čtyřech funkčních obdobích děkanem 2. lékařské fakulty UK, v mezidobí byl prorektorem Univerzity Karlovy v Praze. Obdržel řadu ocenění, mezi jinými státní vyznamenání – Medaili Za zásluhy II. stupně (1996), Medaili Josefa Hlávky, Medaili J. E. Purkyně, Zlatou medaili 2. LF UK, Zlatou medaili UK nebo Čestnou medaili Akademie věd České republiky „De scientia et humanitate optime meritis“. Je čestným občanem Prahy 7 a obce Soběhrdy, členem Rady Národního divadla, Nadace Národní galerie v Praze, Nadace Sdružení českých umělců grafiků Hollar a zakládajícím členem Učené společnosti ČR, jejímž předsedou byl v letech 1998–2002. Je autorem stovek vědeckých publikací a desítek učebnic a monografií. V roce 2010 obdržel Národní cenu vlády v rámci projektu „Česká hlava“ za celoživotní dílo a výzkum v oboru dětské onkologie.

učit – morální citění. Ani nejlepší student se tím nestane morálním lékařem. Výuka je tak informací o možných etických problémech v lékařství, maximálně teoretickou poradou o jejich možném řešení. Vlastní morální výchova medika a mladého lékaře proto musí být vedena příkladem, který je mravně pozitivní, i když vychovávají i příklady negativní,“ pokračoval Josef Koutecký. Podle jeho slov stačí být upřímný a přiznat si, jakou část z celkové péče o nemocného věnujeme jeho tělu a kolik věnujeme jeho duši. „Z běžné řeči se vytratil pojem lékař ‚lidumil‘. Znamená to i posílit ducha nemocného, jeho úzkost svíranou duši, pomoci všem

jeho blízkým v obavách o něj. To je podle mě součástí kvalitní medicínské praxe. Pokud přijmeme zmíněné principy mravnosti a spirituality za své, nemožno tyto složky v péči o nemocné, zvláště o těžce stonající a umírající, chybět. Chyběj-li, vystavíme pacienta jedné z těžkých životních situací, totiž izolaci. Izolace nás provázají od narození do smrti, utvářejí naše charaktery, jimi rosteme a sílíme, nebo naopak slábneme. Konečnou izolaci je umírání, a je-li provázána samotou, je izolací nejhorší.“

## Empatie, slovo a dotyk

Následně si laureát položil otázku, kde je odpovědnost zdravot-

níků, je-li péče zaměřena pouze na tělo a duše zůstává opuštěna. „Medicína bývala vztahem jedince k jedinci. Dnes je však příliš mnoho lékařů, kteří pacienta buď vůbec neuvidí, nebo vidí jen málo. Jednou z příčin narušení lékařské morálky je paradoxně mimořádný rozvoj diagnostických a terapeutických metod, který vedl k jejich dehumanizaci a komercializaci. Do vztahu k pacientovi rušivým způsobem zasahuje systém zdravotnictví, který ovládají zcela jiné než hippokratovské principy. Mravní aspekt v postojích k nemocným mohou v mém pojetí zajistit tři základní okolnosti: empatie, slovo a dotyk. Víím o tom, když mne moji malí pacienti objímali a toužili, abych je vzal do náruče. Víím o vděčnosti svých nejbližších, když zle stonali a lékař je vzal za ruku a rozprávěl s nimi. O takový přístup k pacientům jsem usiloval,“ vyznal se profesor Koutecký.

Hlubokou úctou a pokorou, s níž prošel životem a přijal i Purkyňovu cenu, v závěru vyjádřil příměrem: „Kdysi jsem stál na úpatí vysoké, zdánlivě nedostupné hory. Začal jsem stoupat a po dosažení určité výše jsem poslal na další, úspěšnější výstup své žáky a následovníky. Co může být pro učitele a zakladatele školy radostnější než vědomí, že jeho žáci a následovníci jsou lepší než on sám.“

## Milovník umění a citová opora

V průběhu slavnostního dopoledne vystoupil klavírista Martin Levický a zahrál několik skladeb Alexandra Nikolajeviče Skrjabin, Edvarda Hagerupa Griega a Antonína Dvořáka. Výběr skladeb i interpretace byly vynikající a pana profesora jako znamenitého hudebníka zjevně potěšily. Pochvalně se o obojím zmínil i violoncellista a profesor HAMU Václav Bernásek. Ve své zdravotní připomněl vztah laureáta k umění a jeho krédo, podle něhož život člověka i společnosti stojí na třech hlavních pilířích – jsou jimi poznání (v nejširším slova smyslu), schopnost, lépe řečeno pozhennání vnímat krásu a v neposlední řadě vztahy. Velký význam v jeho životě má ovšem i křesťanství. Nesmírná morální a citová opora, kterou Josef Koutecký byl a je všem lidem kolem sebe, ať už malým nebo dnes již dospělým pacientům a jejich rodinám, kolegům, přátelům i své vlastní rodině, a vděčnost za ni byly leitmotivem všech promluv, které zazněly.

## ZE SPOLEČNOSTI

# Kuffnerovu cenu získala „Psychiatrie v primární péči“

Během slavnostního zahájení X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP, který se konal ve dnech 12.–15. června ve Špindlerově mlýně, byla udělena Kuffnerova cena za nejlepší publikaci s psychiatrickou tematikou, vydanou tiskem v roce 2013.

Vítězná monografie „Psychiatrie v primární péči“ kolektivitu autorů z Kliniky psychiatrie LF UK a FN Olomouc pod vedením prof. MUDr. Jána Praška, CSc., a doc. MUDr. Kláry Látalové, Ph.D., představuje přehlednou příručku o diagnostice a léčbě duševních poruch, určenou především praktickým lékařům, studentům lékařských fakult a postgraduálním studentům. Inspiraci v ní však mohou nalézt také sestry

a další osoby podílející se na péči o psychicky nemocné pacienty. Kniha vyšla ve vydavatelství Mladá fronta.

## Ocenění s nejdelší tradicí

Kuffnerova cena je nejstarší českou psychiatrickou cenou, která je udělována od 60. let 20. století. Mezi její laureáty patří Eugen Vencovský, Jaroslav Bašteccký, Jaromír Švestka, Stanislav Kratochvíl, Eva Malá, Ivana Dr-

tílková, Jiří Raboch, Cyril Höschl, Jan Libiger, Dagmar Seifertová, Ján Praško, Martin Anders, Pavla Hellerová, Pavel Pavlovský, Jiří Horáček a další osobnosti naší psychiatrie.

Prof. MUDr. Karel Kuffner byl v letech 1895–1929 přednostou Psychiatrické kliniky na Karlově, je považován za zakladatele moderní české psychiatrie a byl autorem významné učebnice. Práce navržené na Kuffnerovu

cenu posuzuje komise složená z bývalých předsedů Psychiatrické společnosti ČLS JEP a vítěz získává finanční odměnu ve výši 50 000 Kč.

## Zentiva – partner kongresu

Partnerem Kuffnerovy ceny je tradičně společnost Zentiva, člen skupiny Sanofi. Ta se sou-

časně stala jedním ze tří zlatých partnerů X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP a garantem satelitního sympozia zaměřeného na téma léčby demence a Alzheimerovy choroby. Sympozium „Kognitiva v roce 2014“, vedené doc. MUDr. Romanem Jirákem, CSc., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, zhlédlo přes 200 účastníků kongresu. Během něj byla představena také nová antialzheimerika společnosti Zentiva.

Mottem letošního výročního psychiatrického sjezdu byla „budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech“ a příspěvky se zaměřovaly mimo jiné na aktuální otázky související s připravovanou reformou psychiatrické péče. Zpravodajství z kongresu naleznete na str. 22–23. (asa)

## Siemens otevřel muzeum medicínské techniky

Muzeum medicínské techniky Siemens v německém Erlangenu se v těchto dnech dočkalo svého slavnostního otevření. Na ploše 400 metrů čtverečních je představen vývoj lékařských technologií, což je oblast, ve které tato firma hraje klíčovou roli již více než 160 let.

Návštěvníci se zde mohou prostřednictvím multimediálního formátu seznámit s důležitými inovacemi, které v minulosti znamenaly pokrok v lékařství, a to od počátků v polovině 19. století až do dneška. V historickém prostoru z roku 1893, který byl v minulosti využíván jako výrobní dílna, jsou instalovány přístroje, jako je první rentgen nebo systémy pro počítačovou tomografii a pro magnetické rezonanční zobrazování. Nechybí ani vysvětlení, jak tyto technologie fungují.

### Rentgeny pro pana Röntgena

Expozice sleduje vývoj různých technologií a vypráví o osudech jejich průkopníků. Prvním byl Werner Siemens, který v roce 1844 použil pro lékařské účely jeden ze svých objevů – využil totiž elektrinu k tomu, aby se pokusil zmírnit bolesti zubu svého bratra Friedricha. Již o tři roky později se dal do-

hromady s Johannem Georgem Halskem a založili firmu Siemens & Halske se sídlem v Berlíně, která kromě telegrafů vyráběla elektrické lékařské přístroje. V té době vznikla také společnost Reiniger, Gebbert & Schall (RGS) zabývající se lékařskými technologiemi, která již brzy poté začala dodávat rentgeny samotnému Wilhelmu Conradu Röntgenovi, objeviteli slavných paprsků X. Právě historická dílna firmy RGS z roku 1893 je nyní domovem medicínské muzea společnosti Siemens.

Uplatnění rentgenových paprsků na přelomu 20. století položilo základ lékařskému zobrazování. Svědkem těchto počátků je rentgenová jednotka z roku 1902, kterou zkonstruoval Friedrich Dessauer, jehož podnik později koupila RGS. Nedlouho poté byly objeveny také další účinky expozice rentgenovému záření a léčba ozařováním se stala důležitou součástí medicíny.

### Průlomové vynálezy a paprikový lusk

Další sekce je věnována relativně mladé oblasti lékařského zobrazování: počítačové tomografii (CT) a magnetické rezonanci (MRI). Spatřit je tu možné první německý MRI obraz – paprikový lusk zaznamenaný v roce 1980. První systémy firmy Siemens u obou druhů přístrojů, MRI skener Magnetom (1983) a počítačový tomografický skener Siretom (1975), které byly vyvinuty pro diagnostiku v oblasti hlavy, jsou dalšími exponáty v tomto lékařském muzeu.

Hned vedle, v části věnované ultrazvukovému zobrazování, je vystaven přístroj, který uskutečnil průlom do ultrazvukové technologie. Vidison, uvedený na trh v roce 1965, byl úplně prvním přístrojem, který dokázal zobrazovat ultrazvukové obrazy v reálném čase, takže umožňoval pozorovat pohyby v lidském těle.

Lékařské muzeum se ovšem nezaměřuje jen na zobrazování; pozornost je věnována i jiným oblastem lékařských technologií, ve kterých společnost hraje důležitou roli, jako je audiologie. Prostor zde má i Louis Weber, který v roce 1911 vyvinul první elektrické sluchadlo značky Siemens, Phonophor. Další audioprezentace dává vzpomínout na švédského vynálezce Runeho Elmqvista, který v 50. letech minulého století vytvořil první plně implantabilní kardiostimulátor. (M)



Foto: archiv Siemens



Profesor Ján Praško přebírá cenu. | Foto: archiv pořadatelů

## Letošní cena transplantační nadace putuje do Španělska

Výroční cena České transplantační nadace Karla Pavlíka za rozvoj transplantační medicíny za rok 2013 byla udělena španělskému vědci Josepu Mariovi Grinyó.



Foto: archiv CTN

Cena byla laureátovi předána 19. června v pražském Karolinu. Česká transplantační nadace uděluje prestižní ocenění každoročně českým i zahraničním vědcům, kteří mimořádným způsobem přispěli k rozvoji transplantologie. Letošní laureát

Josep Maria Grinyó je jedním z průkopníků experimentálního výzkumu v oblasti diagnostiky onemocnění, dialýzy a transplantací ledvin ve Španělsku. Výsledky jeho několikaletého výzkumu jsou již tři roky aplikovány v transplantaci imunologii. (red)

Jste překvapeni?

Jsme stále ve hře!



## MEMANTIN – TABLETY DISPERGOVATELNÉ V ÚSTECH<sub>1</sub>

Vhodný i pro pacienty, kteří mají problémy s polykáním, nebo nechtějí pít<sub>2</sub>



  
**Zenmem**  
memantin  
Tablety dispergovatelné v ústech

Přípravek je určen k léčbě  
středně těžké až těžké formy  
Alzheimerovy nemoci<sub>1</sub>

### ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU ZENMEM 10 MG A 20 MG TABLETY DISPERGOVATELNÉ V ÚSTECH

**Účinná látka:** Jedna tableta dispergovatelná v ústech obsahuje memantini hydrochloridum 10 mg nebo 20 mg, což odpovídá memantinum 8,31 mg nebo 16,62 mg. **Terapeutické indikace:** Léčba středně těžké až těžké formy Alzheimerovy choroby u dospělých pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Léčit pod dohledem lékaře se zkušeností s léčbou demence Alzheimerova typu, podmínkou je dostupnost pečovatele (sledování užívání léčivého přípravku). Terapie může pokračovat, dokud je přínosná a pacientem snášena, klinický přínos memantinu a snášenlivost léčby pravidelně vyhodnocovat. **Účinná látka:** **Dospělí - udržovací dávky se dosahuje postupnou vzestupnou titrací po 5 mg týdně během prvních 3 týdnů léčby:** týden 1 - jedna 5mg tableta/den po dobu 7 dnů, týden 2 - jedna 10mg tableta/den po dobu 7 dnů, týden 3 - jedna 15mg tableta/den po dobu 7 dnů, týden 4 a dále - jedna 20mg tableta/den po dobu 7 dnů. Maximální denní dávka je 20 mg, doporučená udržovací dávka je 20 mg denně. **Starší pacienti:** doporučená dávka pro pacienty starší 65 let je 20 mg denně. **Pediatrická populace:** Přípravek Zenmem se nedoporučuje podávat dětem do 18 let. **Pacienti s poruchou funkce ledvin:** u pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu 30 – 49 ml/min) by denní dávka měla být 10 mg, lze zvýšit až na 20 mg denně. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu 5 – 29 ml/min) by denní dávka měla být 10 mg. **Pacienti s poruchou funkce jater:** podávání přípravku Zenmem se u pacientů s těžkou poruchou funkce jater nedoporučuje. Přípravek Zenmem je určen k perorálnímu podání, podává se jednou denně, užívat každý den ve stejnou dobu, lze jej užívat s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na kteroukoli složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Opatrnost u pacientů s epilepsií, s anamnézou křečí nebo u pacientů s predispozičními faktory pro epilepsii. Vyvarovat se současné léčbě antagonisty receptorů N-methyl-D-aspartátu (NMDA) - amantadin, ketamin nebo dextromethorfan - z důvodů častějších nebo výraznějších nežádoucích účinků souvisejících s CNS. Omezené zkušenosti jsou u pacientů s nedávno prodělaným infarktem myokardu, nekompenzovaným městnavým srdečním selháním (NYHA III-IV) nebo nekontrolovanou hypertenzí, případná léčba by měla probíhat za pečlivého sledování. **Přípravek Zenmem obsahuje aspartam.** Aspartam je zdrojem fenylalaninu. Může být škodlivý pro osoby s fenylketonurií. **Přípravek Zenmem obsahuje laktosu.** Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukosy a galaktosy by tento přípravek neměli užívat. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Při současném použití memantinu a L-dopy, dopaminergních agonistů a anticholinergik se mohou zvýšit jejich účinky, účinek barbiturátů a neuroleptik se může snížit. Při současném podání memantinu s myorelaxancií, dantrolenem nebo baklofenem může dojít k ovlivnění jejich účinku a může být nezbytné upravit dávku. Vyvarovat se současného užívání memantinu a amantadinu (riziko farmakotoxické psychózy), stejně jako ketaminu a dextromethorfanu. Může nastat interakce s cimetidinem, ranitidinem, prokainamidem, chinidinem, chininem a nikotinem (možné riziko zvýšení plazmatických hladin). Existuje možnost snížené hladiny hydrochlorothiazidu v séru při současném podávání memantinu. Byly zaznamenány případy zvýšení hodnoty INR u pacientů užívajících současně warfarin, doporučuje se pečlivé sledování. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Klinické údaje o použití memantinu v těhotenství nejsou k dispozici, přípravek se nemá v těhotenství užívat, není-li to zcela nezbytné. Ženy užívající přípravek Zenmem nemají kojit. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Zenmem má malý až středně velký vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje, řízení vozidel a ovládání strojů je třeba věnovat zvýšenou pozornost. **Nežádoucí účinky:** Závratě, poruchy rovnováhy, léková hypersenzitivita, somnolence, hypertenze, dyspnoe, zácpa, zvýšené hodnoty jaterních testů, bolest hlavy, mykotické infekce, zmatenost, halucinace, poruchy chůze, srdeční selhání, žilní trombóza/tromboembolismus, zvracení, únava. Alzheimerova choroba bývá spojována s výskytem deprese, sebevražedných představ a sebevraždy. **Předávkování:** Zkušenosti s předávkováním jsou omezené. Léčba je symptomatická, specifické antidotum neexistuje. Lze použít standardní lékařské postupy k odstranění léčivé látky (např. gastrická laváž, podání aktivního uhlí, forsírovaná diuréza). **Uchovávání:** Nejsou zvláštní požadavky. **Velikost balení:** 60x10 mg, 30x20 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Registrační číslo:** 06/450/13-C, 06/451/13-C. **Datum revize textu:** 4. 12. 2013. **Výdej:** Pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.

### Určeno pro odbornou veřejnost.

CS.MMN.14.04.06

**Reference:** 1. SPC přípravku Zenmem 10, 20 MG tablety dispergovatelné v ústech, datum revize textu 4.12.2013, 2. Sastry SV, Nyshadham JR, Fix JA. Recent technological advances in oral drug delivery – a review. *Pharm Sci Technol Today* 2000;3(4):138-145, 3. Databáze léků [online]. In: SUKL [cit.07-04-2014];www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0026502&tab=prices

Memantin je předepisován pacientům se stupněm postižení vyjádřeným dle škály Mini-Mental State Examination:

MMSE 19 - 6 bodů<sub>3</sub>

Podrobné informace o přípravku získáte  
v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:  
Zentiva, k.s., marketingové oddělení, budova Argo  
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6  
Tel.: (+420) 233 086 333, Fax: (+420) 233 086 222, www.zentiva.cz



<http://www.zentiva.cz/about-us/pages/slogan.aspx>

**ZENTIVA**  
SPOLÉČNOST SKUPINY SANOFI

## ZE SPOLEČNOSTI

# Doktorfest ve znamení hudby, čtení i obrazů

V pátek 30. a sobotu 31. května 2014 proběhl v Písecké bráně nedaleko Pražského hradu druhý ročník multižánrového festivalu lékařů a lékařek, kteří se vedle své profese věnují i umělecké činnosti.



MUDr. Imran Musa Zangi se svou kapelou Bratři v rytmu. | Foto: archiv pořadatelů

Letošní ročník byl obohacen o spolupráci s mezinárodní humanitární a zdravotnickou organizací Lékaři bez hranic. Moderování celé akce se zhostila Lenny Trčková.

Festival v pátek v podvečer zahájila houslovým koncertem MUDr. Kristina Höschlová a na klavír za-

hrála absolventka HAMU Pavla Tichá, studentka 4. ročníku 2. LF UK. Poté se představila organizace Lékaři bez hranic. O svých zážitcích z misí na několika kontinentech vyprávěli chirurgové MUDr. Tomáš Šebek a MUDr. Jan Trachta. Oba přečetli úryvky ze své literární tvorby (Tomáš Šebek

vydal knihu „Mise Haiti“ v nakladatelství Mladá fronta). Zároveň proběhla vernisáž výstavy obrazů, kterou autoři děl – MUDr. Petr Wohl a MUDr. Pavel Wohl – nazvali „Cesta klidem“.

„Správný doktor musí být pořádný rocker,“ tvrdí zpěvák skupiny Bílá nemoc MUDr. Zdeněk Hříbal, jeden z otců myšlenky uspořádat Doktorfest. V sobotu zněl v podání lékařů nejen rock, ale i folk, punk a reggae. Na dvou scénách u Písecké brány se konala soutěžní přehlídka kapel. Odborná porota v čele s hudebním publicistou Petrem Korálem ocenila prvním místem Bratry v rytmu, jejichž nepostradatelným členem je oftalmolog Imran Musa Zangi. Druhou příčku obsadila Esence a třetí skončil Dick O'Brass. Na závěr sobotního večera zahrál ještě Dr. Max.

(red)

## Celebrity otestovaly fertilitu a upozornily na Den neplodnosti

Znamé osobnosti 6. června podpořily Národní den neplodnosti na pražské klinice asistované reprodukce IVF CUBE, kde absolvovaly vyšetření plodnosti. Testování bylo zdarma k dispozici veřejnosti.

Akce se zúčastnily například operní pěvkyně Tereza Mátlová a Monika Sommerová. Upozornily tak na tuto problematiku a zároveň si ověřily, zda mohou do budoucna počítat s nějakými obtížemi. Se svými zkušenostmi se na akci svěřily také herečky Andrea Kerestešová a Lenka Zahradnická, které



Foto: IVF CUBE

testy absolvovaly v polovině května. „Dřív jsem tyhle otázky moc neřešila, ale jak přibývají léta, začnou být děti aktuální téma,“ říká Andrea Kerestešová. „Proto jsme s Lenkou využily nabídky IVF CUBE upozornit na Národní den neplodnosti – připadá nám, že o tom hodně lidí vůbec nepřemýšlí.“

(red)

## Skákací hrad a kočár tažený poníkem

Dětský den v protonovém centru pořádaný Nadačním fondem pro protonovou terapii byl plný radosti a zábavy. Náladu dětem nepokazilo ani vedro, které ten den v Praze panovalo.

Mezi atrakcemi nechyběly skákací hrad, kočár tažený poníkem ani další zvířata. Největší tlačenice byla u stánků s balónkovou dílnou či kuželkami. Dětský den v protonovém centru pořádali 12. června nejen pro malé pacienty, kteří právě absolvují protonovou léčbu, ale i pro ty, kteří ji již mají za sebou, a mezi hrajícími si dětmi byli i malí pacienti z pediatrického oddělení Nemocnice Na Bulovce, dětské

onkologie v Motole a z nadací Naše dítě a Dobrý anděl. Pořadatelem akce byl Nadační fond pro protonovou terapii.

Podobné akce slouží k setkávání pacientů, kteří už protonovou léčbou prošli, s těmi, kteří ji teprve absolvují. „Pro naše pacienty nemůže být nic cennějšího než setkat se s těmi, kteří už mají s protonem svoje zkušenosti. Pro stávající pacienty je to motivace a naděje, že i jejich léčba

proběhne úspěšně a splní, co od ní očekávají,“ vysvětluje ředitelka Fondu Mirka Čejková.

(red)



Foto: NF pro protonovou terapii

## Klidný spánek miminek ohlíďají nové monitory

Dětské oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod 18. června slavnostně převzalo od sponzorů 28 nových „hlídacích chůviček“ pro novorozence.

Jde o nové monitory dechu „Baby-sense“, které využívají na novorozeneckém úseku a stanici intermediární péče o novorozence. Hlavním důvodem využití je syndrom náhlého úmrtí dítěte (SIDS).

Dvacet „chůviček“ předala Nadace Křížovatka, již na nákup sponzorský přispěly RWE a VZP ČR, na dalších šest monitorů přispěla společnost CORA HB a na dva pivovar Bernard

Humpolec. Přístroje je nutné pravidelně obměňovat, neboť jejich životnost činí jen několik let. Nadace Křížovatka pravidelně pomáhá s obměnou „chůviček“ nejen v Havlíčkově Brodě. „Za dobu působení nadace bylo k letošnímu 18. červnu předáno 5365 monitorů do nemocnic ve všech regionech ČR,“ sdělil člen správní rady Nadace Křížovatka Ing. Vlastimil Novotný.

(red)



Foto: Petra Černo

## Pozvánka do Kosmonos

Pracovníci PN Kosmonosy již nyní, s předstihem, informují o pozdně letních a podzimních akcích a zvou vás na ně.

10. září se bude na oddělení K 20 (detox a resocializační a psycho-terapeutické oddělení) konat „Den otevřených dveří“. Akce je určena pro odborníky, uživatele psychiatrických služeb, příbuzné i přátele. Ve dnech 9.–11. září proběhnou v Kosmonosech „Dny pro duševní zdraví“, které nabídnou „ochutnávku“ z aktivit psychiatrické nemocni-

ce. Jde o akci pro širokou veřejnost. Odborníci jsou tradičně zváni na mezioborové sympozium „Hlavolam VI“, které se koná 2. října a jehož tématem bude hraniční porucha osobnosti. Pozvánky s programem na akce v Kosmonosích, včetně přihlášky na sympozium, naleznete v průběhu července na webových stránkách léčebny.

(red)

## Pozvánka na výstavu do Galerie U Lékárníka

Zveme vás do Galerie U Lékárníka na výstavu tvorby dětí z Psychiatrické nemocnice Bohnice, která je v gesci volnočasových pedagožek z dětského oddělení.

Výstava, jež potrvá do 2. 7. 2014, není jen ukázkou zručnosti terapeutů a klientů, ale má rovněž přidanou hodnotu, a to lidskou i medicínskou.

Na ni pak naváže výstava „5 plus 17 není vždy 22“, která představí díla klientů ochranných léčeb, a to jak sexuologických, tak i psychiatrických a AT. Potrvá do konce července. Mottem pořadatele obou výstav je: „Andělé nikdy nezapomínají na ty, co jim pomáhali léčit jejich polámaná křídla.“

(eta)



Foto: Jan Pomýkec

**Veronika Kulířová,  
David Jilich a kol.**

### HIV infekce

**Současné trendy v diagnostice,  
léčbě a ošetřovatelsví**



Rozsah:  
176 stran  
Cena: 320 Kč  
ISBN: 978-80-  
-204-3325-1  
Vydavatel:  
Mladá fronta,  
edice Aeskulap

Přední čeští odborníci vám po delší době přináší komplexní publikaci na téma HIV/AIDS, neboť péče o HIV se dnes kvůli stále rostoucímu počtu infikovaných netýká jen specializovaných pracovišť, ale čím dál tím více proniká do všech zdravotnických a sociálních zařízení. Autoři si nekládou za cíl podat podrobný přehled dané problematiky, jde především o to srozumitelným způsobem poskytnout základní informace široké odborné veřejnosti, která s těmito pacienty může přijít do styku.

V rámci 11 samostatných kapitol jsou probrány mj. historie infekce HIV, její výskyt a šíření v ČR, laboratorní diagnostika, patogeneze, klinika a průběh onemocnění, současné terapeutické možnosti, péče o HIV-positivní osoby a prevence přenosu HIV i dalších sexuálně přenosných infekcí. V závěru knihy se autoři věnují psychologickým, sociálním a právním aspektům u HIV-positivních osob. Text je bohatě doplněn přehlednými schémata, tabulkami a zajímavou obrazovou dokumentací.

**Jiří Knor, Jiří Málek**  
**Farmakoterapie  
urgentních stavů**



Rozsah:  
216 stran  
Cena: 395 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-386-2  
Vydavatel:  
Maxdorf

Včasně rozpoznání varovných příznaků a okamžitá efektivní léčba přimě na místě vzniku ohrožení zdraví může zvratit situaci, která by jinak měla fatální výsledek. Bez znalosti farmakologie léků vhodných pro neodkladnou péči a způsobů jejich použití by bylo možné kriticky nemocným zajistit pouze zlomek péče, kterou jsou dnes lékaři schopni poskytnout a která se také aplikuje.

První část knihy seznamuje s léky nejčastěji používanými v podmínkách neodkladné péče, součástí je jejich abecední seznam, charakteristika, indikace a kontraindikace, dávkování a způsob podání i významné interakce. Druhá hlavní část je věnována klinickým situacím, které vyžadují rychlé řešení. Jsou popsány základní příznaky, diferenciální diagnostika a doporučený postup, vybrané stavy jsou doplněny kauzistikami. Kromě toho jsou v knize uvedeny jednotlivé cesty podání farmak včetně netradičních způsobů a metod a v závěru čtenář nalezne abecední seznam firmiček názvů léků z prvního oddílu, aktualizovaný k datu vydání.

**Karel Indrák (ed.)**  
**Hematologie  
a transfuzní lékařství**  
**Lékařské repetitorium**



Rozsah:  
612 stran  
Cena: 999 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-722-4  
Vydavatel:  
Triton

Při práci na 11. svazku edice „Lékařské repetitorium“ spojilo síly na 40 odborníků z pracovišť celé České republiky. Ve 103 heslech zde tito odborníci předkládají lékařům různých odborností a také studentům medicíny stručný přehled moderní problematiky hematologie a transfuzního lékařství. Cílem knihy je poskytnout rychlou orientaci v diagnostice, diferenciální diagnostice a léčbě širokého spektra hematologických chorob. Součástí je informace o koncepci transfuzní služby, transfuzních přípravků a krevních derivátů. Řada hesel je doplněna tabulkami, schémata a obrázky. Hesla reflektují úroveň poznání oboru v roce 2013.

**Valerie Tóthová a kol.**  
**Ošetřovatelský proces  
a jeho realizace**  
**2. vydání**



Rozsah:  
225 stran  
Cena: 289 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-785-9  
Vydavatel:  
Triton

Ošetřovatelský proces je systematická racionální metoda plánování

## NOVÉ KNIHY

a poskytování ošetřovatelské péče, skládající se z několika vzájemně propojených fází, jejímž cílem je změna zdravotního stavu pacienta. Publikace je druhým, rozšířeným vydáním monografie vzniklé v rámci řešení výzkumného projektu financovaného Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR. V prvních šesti kapitolách je podrobně popsán ošetřovatelský proces jako celek – jeho historie, jednotlivé fáze i způsob jeho aplikace a v neposlední řadě přínos práce metodou ošetřovatelského procesu jak pro pacienta, tak i pro sestry. Sedmá kapitola je zaměřena na dokumentaci ošetřovatelské péče, osmá se věnuje společnému ošetřovatelskému jazyku a charakterizuje jednotlivé klasifikační systémy, které využíváme v ošetřovatelském procesu. Devátá kapitola se zabývá potřebami člověka a posuzováním jeho funkčních schopností jako nedílné součásti ošetřovatelského procesu. Poslední, desátá kapitola pak seznamuje s komunikačními dovednostmi, které se používají v jednotlivých fázích ošetřovatelského procesu. Předkládá komunikační dovednosti jako významný atribut ošetřovatelské péče pro navázání kontaktu, vztahu a spolupráce při zapojení pacienta do péče.

**Marta Anna Petrášová, Ilona  
Prausová, Zdeněk Stěpánek**  
**Mentorink**

**Forma podpory nové generace**



Rozsah:  
160 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0625-5  
Vydavatel:  
Portál

Mentorink je metoda, která funguje na principu rozvíjení méně zkušených jedinců, např. nových kolegů, osobami zkušenějšími. Autoři pojímají mentorink jako cestu k dialogu generací a návrat k respektování autorit, znalostí a zkušeností při zachování respektu vůči hledání nových, neobjevených cest. Jde o způsob podpory příslušníků budoucí generace nejen z hlediska jejich kariéry. Vnímají mentora jako člověka, který otevírá nové možnosti a pohledy, spoluvytváří novou formu života, podporuje odbornost a rozvoj skutečné jedinečnosti.

Autoři se snaží odpovědět na otázku, kdy je vhodné mentorink použít. Definiují role a zodpovědnosti

při procesu mentorování. Radí s výběrem vhodného mentora i juniora (menteeho). Zabývají se etikou této profese. Popisují různé typy mentorů a jednotlivé fáze mentorovacího procesu. Uvažují také o tom, jaké nároky tato práce klade na osobnost mentora, jak se stát skutečně dobrým mentorem a jak být dobře připraveným juniorem. Čtenáři mají dále možnost seznámit se se zkušenostmi českých mentorů z různých odvětví i věkových skupin.

**Rostislav Čevela, Libuše  
Čeledová, Zdeněk Kalvach,  
Jan Holčík, Pavel Kubů**  
**Sociální gerontologie**  
**Východiska ke zdravotní politice  
a podpoře zdraví ve stáří**



Rozsah:  
256 stran  
Cena: 399 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4544-2  
Vydavatel:  
Grada

Zdravotní osud člověka je do značné míry ovlivněn podmínkami, v nichž vyrůstá, pracuje, odpočívá a stárne. Text poukazuje na hodnotu zdraví a na potřebu rozvíjet schopnosti lidí chránit, udržovat i zlepšovat své zdraví. Cílem monografie je zvýšit připravenost občanů a celé společnosti na stáří, a to zejména pokud jde o péči o zdraví, životní styl, životní podmínky a sociální zabezpečení. Publikace volně navazuje na monografii „Sociální gerontologie – úvod do problematiky“.

**Veronika Nielsen Sobotková  
a kol.**  
**Rizikové a antisociální  
chování v adolescenci**  
**4., přepracované a rozšířené vyd.**



Rozsah:  
152 stran  
Cena: 249 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4042-3  
Vydavatel:  
Grada

Antisociální chování dospívajících je přítomné v každé generaci, mění se pouze jeho projev. Kniha se zaměřuje nejen na popis tohoto chování, ale také na vztah mezi ním a užíváním návykových látek, a zejména na tři nejvýznamnější socializační kontexty vývoje v adolescenci – rodinu, školu

a prostředí vrstevníků. V každé kapitole jsou uvedeny výsledky vlastního výzkumu autorů na tato témata.

**Paul Babiak, Robert D. Hare**  
**Hadi v oblecích**  
**aneb Psychopat jde do práce**



Rozsah:  
256 stran  
Cena: 350 Kč  
ISBN: 978-80-  
-200-2366-7  
Vydavatel:  
Academia

Psychopati mohou ze začátku působit jako vycházející hvězdy či spásitelé firem, záhy se však ukáže, že obratně zneužívají důvěry kolegů, manipulují nadřízenými a na pracovišti po sobě zanechávají spoušť. Právě na firemní psychopaty je zaměřena kniha „Hadi v oblecích“. Vyzrazuje jejich tajemství, odhaluje způsoby, jimiž manipulují ostatními a podvádějí je, a čtenářům pomáhá prohlédnout jejich nečistou hru. Publikace přináší podmanivý, děsivý a vědecky podložený pohled na to, jak psychopati fungují v korporátním prostředí a jak uplatňují své „instinktivní“ manipulační techniky v podnikatelských procesech.

**Sándor Ferenczi**  
**Klinický deník**



Rozsah:  
224 stran  
Cena: 445 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0626-2  
Vydavatel:  
Portál

„Klinický deník“ Sándora Ferencziho tvoří zápisky reflexí z jeho psychoanalytické práce s pacienty z roku 1932. Text uspořádal britský psychiatr a psychoanalytik maďarského původu Michael Balint, Ferencziho žák. Ferenczi byl pro změnu Freudovým žákem, absolvoval u něj psychoanalýzu, považoval ji za nedostatečnou a marně se dožadoval jejího dokončení. Sám také nabízel psychoanalýzu Freudovi, který ji odmítl.

„Klinický deník“ obsahuje zápisky týkající se zejména 3 významných okruhů: teorie traumatu, psychoanalytické techniky a vztahu s Freudem. Ferenczi svým přístupem a myšlenkami inspiroval vztahovou psychoanalýzu, nejdynamičtější se rozvíjející současnou psychoanalytickou školu.

## PRÁVNÍ PORADNA

Kdy je **mediace výhodná?**

**Kdy je pro management zdravotnického zařízení výhodné ve sporu s pacientem zahájit mediační řízení?**

S účinností od 1. 9. 2012 se stal součástí právního řádu České republiky zákon č. 202/2012 Sb., o mediaci. Mediacie představuje nový způsob řešení sporů, který k nalezení uspokojivého výsledku pro obě strany využívá na místo soudu neutrální stranu – mediátora.

Řada zdravotnických zařízení má již dnes nastaven systém práce se stížnostmi pacientů. Přesto se pacienti často necítí být spokojeni s tím, jak byla jejich stížnost na pochybení zdravotnického zařízení vyřízena. Není výjimkou, že některá zdravotnická zařízení opomíjejí prostor mezi osobním jednáním s pacientem, který se cítí poškozen, a případným začátkem soudního sporu. Pokud se nepodaří při osobním projednání věci s pacientem vyřešit věc smírně, zpravidla zdravotnické zařízení vyčkává na to, zda se pacient se svým nárokem obrátí na soud, či nikoli. V minulosti byla tato strategie mnohdy účinná, protože pacienti se do často náročných zdravotnických sporů obvykle neradi pouštěli. S ohledem na dlouhodobý trend zvyšování odškodnění pro poškozené pacienty a judikaturu soudů jsou však zdravotnická zařízení stále častěji motivována i k mi-

mosoudnímu vyřešení sporu.

### Mediacie má mnoho předností...

Řešení sporu s pacientem prostřednictvím mediace je pro zdravotnické zařízení a jeho management výhodné v těch případech, kdy zdravotnické zařízení může profitovat z předností mediačního řízení oproti řešení sporu před soudem.

Mezi hlavní přednosti mediace oproti soudnímu řízení patří zpravidla nižší náklady na řešení sporu. Mediacie totiž umožňuje stranám zvolit čas i místo setkání. Proces mediace je důvěrný, a veřejnost ani média se proto na rozdíl od soudního řízení nemohou proces mediace účastnit. Rovněž z časového hlediska je mediace výhodnější oproti soudnímu řízení, neboť se uskutečňuje dle časových možností stran. Oproti soudu se mediátor může intenzivně věnovat řešení sporu, což zpravidla vede k řešení sporu v průběhu 3 měsíců. Další nespornou výhodou je skutečnost, že mediace svou samou podstatou směřuje k dohodě. Zatímco soudní řízení (pomíne-li možnost uzavřít soudní smír) je již ze své podstaty založeno na principu výhra/prohra, mediace má naopak směřovat k do-



na dotazy odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

hodě. To je podpořeno také tím, že snahou zdravotnického zařízení mnohdy není zcela se vyvinut a vyhnout odpovědnosti a stejně tak cílem pacienta zpravidla není „sedřít z kůže“ zdravotnické zařízení.

Nepopiratelnou a přitom často opomíjenou výhodou mediace oproti soudnímu řízení je konečně fakt, že mediace zpravidla zachovává dobré vztahy mezi účastníky sporu. Jestliže je spor rozhodován soudem, dojde nejspíše na konci sporu obvykle k úplnému narušení vztahu mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. Naopak řešení sporu pomocí mediace umožňuje oběma stranám zachovat si vzájemný respekt, úctu a tím i prostor pro možnou spolupráci v budoucnu.

### ... ale není to „všelák“

Pro úplnost dále dodávám, že v některých případech i přes své nesporné, výše popsané výhody nemusí být mediace vhodným způsobem řešení sporu s pacientem. Jedná se třeba o případy, kdy je pro zdravotnické zařízení důležitá veřejná povaha výsledku sporu. Pokud má zdravotnické zařízení zájem na tom, aby výsledek sporu byl veřejný, bude pravděpodobně preferovat řešení sporu před soudem, nikoli prostřednictvím mediátora.

Pokud je zdravotnické zařízení zřizováno některým z ministerstev, krajem nebo obcí, je třeba rovněž vzít do úvahy, že hospodaření těchto zdravotnických zařízení podléhá veřejné kontrole a u těchto zdravotnických zařízení by mohl zřizovatel trvat na veřejném projednání sporu s pacientem, tedy trvat na projednání sporu před soudem.

Konečně je třeba zdůraznit, že zdravotnické zařízení by při rozhodování o způsobu řešení sporu s pacientem mělo rovněž vzít do úvahy podmínky, za kterých má zdravotnické zařízení sjednání s komerční pojišťovnou pojištění odpovědnosti zdravot-

nického zařízení za škodu. Zdravotnické zařízení by tak mělo především ověřit u komerční pojišťovny, že případné odškodnění pacientovi, které bude výsledkem mediace, bude následně pojišťovnou kryto z pojištění odpovědnosti zdravotnického zařízení za škodu.

Závěrem uvádím, že mediace rozhodně nepředstavuje „všelák“ na řešení veškerých sporů zdravotnických zařízení s pacientem. Jednoznačně však pro zdravotnické zařízení i pacienta představuje vhodnou alternativní „léčebnou kúru“ pro řešení sporů. Při zvažování, jakým způsobem bude spor s pacientem řešen, by měl management zdravotnického zařízení vzít do úvahy veškeré výše uvedené výhody a nevýhody mediace oproti soudnímu řízení.

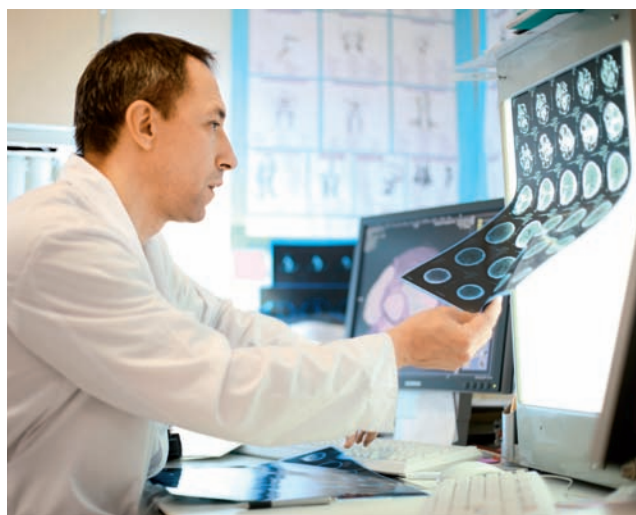


Ilustraci foto: Shutterstock

## Počet personálu na RDG oddělení

**Jaký je nejnížší možný počet zaměstnanců pro obsazení směn ve třísměnném provozu? Respektive jak dlouhá musí být nejkratší zákonná přestávka mezi jednotlivými směnami? Jde o model, kdy na RDG oddělení pracují v době od 7 do 15 hodin tři radiologičtí asistenti (RA), mezi 9. a 17. hodinou jeden RA, mezi 7. a 19. hodinou jeden RA a od 19 do 7 hodin jeden RA.**

Pracovní dobu rozvrhuje zaměstnavatel podle zásad obsazených v zákoníku práce. Zaměstnavatel tak musí nejprve rozhodnout, zda rozvrhne pracovní dobu rovnoměrně, nerovnoměrně, nebo sjedná konto pracovní doby. Zaměstnavatel je rovněž po-



Ilustraci foto: Shutterstock

vinen při tvorbě rozvrhu směn stanovit především délku pra-

covního týdne, pracovní režim zaměstnance, počátek a konec

směn, začátek a konec nepřetržitě odpočinku mezi směnami a v týdnu. Zaměstnavatel je také povinen přihlížet při zařazování zaměstnanců do směn k potřebám zaměstnankyň a zaměstnanců pečujících o děti, jistá omezení platí také u mladistvých zaměstnanců.

### Co (ne)říká zákon

Zaměstnavatel je povinen rozvrhnout pracovní dobu tak, aby zaměstnanec měl mezi koncem jedné a začátkem následující směny nepřetržitý odpočinek po dobu alespoň 12 hodin během 24 hodin po sobě jdoucích. Tento odpočinek může být zkrácen až na 8 hodin během 24 hodin po sobě jdoucích zaměstnanci staršímu 18 let za podmínky, že následující

cí odpočinek mu bude prodloužen o dobu zkrácení tohoto odpočinku při poskytování služeb ve zdravotnických zařízeních.

Zaměstnavatel není oprávněn ze žádných důvodů zkrátit dobu odpočinku pod hranici 8 hodin. Po tuto dobu nemůže zaměstnanec ani držet pracovní pohotovost mimo pracoviště, protože by mu zaměstnavatel nemohl nařídit výkon práce.

Nejnižší možný počet zaměstnanců pro obsazení směn v třísměnném provozu není zákonem stanoven. Zaměstnavatel však musí v třísměnném provozu zaměstnávat minimálně tolik zaměstnanců, aby dodržel výše uvedené požadavky zákoníku práce na nepřetržitý odpočinek zaměstnanců mezi směnami.



# Zajímavé www stránky

## – medicínské portály

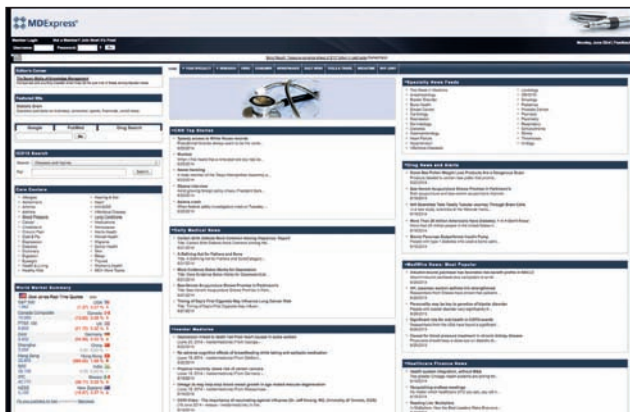
Informaci o zdravotnictví, medicíně či životním stylu je na českém i zahraničním internetu nepřeberné množství. Specializované webové portály tyto informace shromažďují, kategorizují a předkládají svým čtenářům. Některé oblíbené jsme v našem seriálu představili již v minulosti, dnes navštívíme další weby.

### MD Express

[www.mdexpress.com](http://www.mdexpress.com)

Tento internetový portál využívají hlavně lékaři ve Spojených státech amerických, kterým na jednom místě přináší přehled aktuálních článků se zdravotnickou tematikou publikovaných v různých amerických tiskovinách včetně denního tisku (*New York Times*, *Forbes*, *CNN*, *The Wall Street Journal* a mnoho dalších).

Užitečnou funkcí, kterou web disponuje, je rozsáhlý seznam odkazů na další internetové stránky, které se zabývají medicínou, včetně webů odborných společností, databází doporučených postupů či výzkumných projektů. Dále jsou k dispozici



mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10 neboli MKN-10), kalkulátory a vyhledávač v různých databázích. Nechybí ani další zajímavé informace z některých nemedicínských odvětví (encyklopedie, převodník měn, telefonní seznam a další).

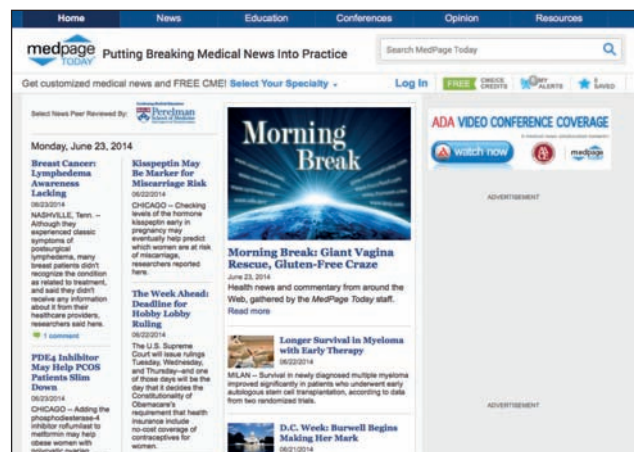
### Medical Matrix

[www.medmatrix.org](http://www.medmatrix.org)

*Medical Matrix* je internetový projekt, který shromažďuje velké množství zdravotnických informací rozčleněných do několika

obsáhlých tematických skupin. Jedná se například o podrobný přehled učebních textů sloužících pro vzdělání v základních teoretických, preklinických i klinických oborech.

V další části webu je velké množství odkazů na různé internetové projekty rozdělené podle medicínských specializací, například neurolog tu najde odkazy na elektronické verze různých oborových



časopisů, praktické příručky obsahující důležité informace pro běžnou klinickou praxi, *guidelines*, kazuistiky a mnoho dalšího. Každý odkaz je autory webu řádně indexován stran jeho kvality, odkazy navíc procházejí pravidelnou kontrolou a aktualizací.

### eHealthNews

[www.ehealthnews.eu](http://www.ehealthnews.eu)

První evropský portál shromažďující aktuální informace ve zdravotnictví. Tak zní anonce na uvedený web, který disponuje výběrem zajímavých článků z evropských zemí, často ve vztahu ke zdravotnictví a Evropské unii.

### MedPage Today

[www.medpagetoday.com](http://www.medpagetoday.com)

Dalším alternativním zdrojem k vyhledání aktuálních zdravotnických noviněk může být portál *MedPage Today* spravovaný týmem odborníků z Pensylvánské univerzity. Nabízí množství článků a videoprezentace, které mapují aktuální celosvětové dění ve zdravotnictví.

### Free Medical Books

[www.freebookcentre.net/medical\\_text\\_books\\_journals/medical\\_text\\_books\\_online.html](http://www.freebookcentre.net/medical_text_books_journals/medical_text_books_online.html)



Návštěvou tohoto portálu získáte přístup k mnoha volně dostupným učebním textům většiny medicínských oborů, byť v některých případech jde i o knihy, které mají hlavně historický význam. Seznam učebnic je doplněn o další zajímavé odkazy s medicínskou tematikou.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 13/2014

**Séfredaktorka**

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

**Redakce**

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

**Stálí spolupracovníci redakce**

Leos Chodura, Martin Caban,  
Irena Soukupová, MUDr. Milan Novák,  
David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Rehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

**Editor/korektor**

Mgr. Martin Cermák

**Grafika a technické zpracování**

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

**Redakční rada Lékařských listů ZAM**

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Bláhoš, DrSc.  
MUDr. Ivan David, CSc.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.  
prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.  
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtíšková

**OBCHODNÍ ODDĚLENÍ**

fax 225 276 444

**group sales manager**

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

**personální inzerece**

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



**generální ředitel**

Ing. David Hurta

**kreativní ředitel**

René Decastelo

**DTP**

retuší Miloslav Pařík (vedoucí),  
Libor Horyna, Milan Kubicka, Zdeněk Němec,  
Petr Novák, Jan Mach

**MARKETING**

**ředitelka marketingu** Hana Holková  
**brand manager** Alena Kohoutová

**DISTRIBUCE A VÝROBA**  
**ředitelka distribuce a výroby** Soňa Štarhová  
**vedoucí výroby** Michal Sesták  
**výroba** Monika Snádrová  
**manažerka předplatného** Jana Horáková,  
tel. 225 276 317,  
e-mail: horakovaj@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,  
sídlo: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
IČ: 01847082

adresa redakce:

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

**DISTRIBUCE TITULU**

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,  
111 21, Praha 1  
tel. 800 248 248,  
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,  
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:  
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,  
Videnská 995/63, 639 63 Brno,  
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

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

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

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

Tisk EUROPRINT a. s.  
Číslo dáno do tisku 26. 6. 2014

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

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524  
ISSN 2336-2987

## PERSONÁLNÍ INZERCE

### Výběrové řízení

#### Lékař/ka - pneumologie

THOMAYEROVA NEMOCNICE,  
VÍDEŇSKÁ 800,  
140 59 PRAHA 4 – KRČ,  
přijme na základě  
konkurzního řízení:

■ lékaře/-ku pro Pneumologickou  
kliniku 1. LF UK a TN

Požadujeme:

- zájem o obor,
- odbornou a zdravotní způsobilost a testní bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- atestaci z oboru pneumologie a ftizeologie nebo zařazení do specializačního vzdělávání v oboru pneumologie a ftizeologie vítáme,
- zájem o pneumologickou cytodiagnostiku vítán,
- vhodné i pro absolventy.

Nabízíme:

- pracovní poměr na dobu neurčitou na největší plicní klinice v ČR,
- zajímavou práci na nadstandardně vybaveném pracovišti,
- další vzdělávání včetně postgraduálního vědeckého studia,

- odpovídající platové podmínky.

Nástup dle dohody.

Kontakt: Renata Štilcová,  
tel.: 261 083 853,  
e-mail: renata.stilcova@ftn.cz

M141000978

### Volná místa

#### Více pozic

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU  
ČESKÁ LÍPA, A. S.,  
přijme pro více oborů  
lékaře se specializovanou  
způsobilostí, základním  
kmenem, možno i absolventi.  
Podrobné informace o volných  
místech najdete na webových  
stránkách: [www.nemcl.cz](http://www.nemcl.cz)

Nabízíme:

- práci na akreditovaných pracovištích,
- perspektivu uplatnění v oboru,
- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování,
- možnost profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- možnost ubytování.

Nástup dle dohody, mzdové podmínky budou projednány při osobním jednání.

V případě, že vás naše nabídka zaujala, kontaktujte prosím odbor řízení lidských zdrojů: Ivana Černoušková,  
tel.: 487 954 037, e-mail: ivana.cernouskova@nemcl.cz

M141001000

#### Více pozic

OBLASTNÍ NEMOCNICE  
MLADÁ BOLESLAV, A. S.,  
přijme lékaře  
na následující oddělení:

- PGO (s atestací v oboru nebo s absolvaným ZK)
- interna
- TRN
- rehabilitace
- RTG
- HTO
- nukleární medicína
- neurologie

Nejlépe po absolvování ZK.

Nabízíme:

- placené volno v trvání až dva týdny na účast na odborných seminářích, kongresech a jiných formách vzdělávání,
- možnost hrazení všech nákladů spojených s dalším vzděláváním aj.

Své životopisy zasílejte Ing. Jitce Rejzlové e-mailem na adresu: [jitka.rejzlova@onmb.cz](mailto:jitka.rejzlova@onmb.cz)

M141001014

#### Lékař/ka

VĚZNICE KYNŠPERK NAD OHŘÍ  
přijme:

- lékaře na plný úvazek s možným nástupem ihned

Nabízíme:

- plat 47 500 Kč hrubého,
- možnost ubytování,
- 30 dnů dovolené,
- další zaměstnanecké benefity.

Zdravotnická záchraná služba Středočeského kraje  
272 01 Kladno, Vančurova 1544

přijme do pracovního poměru na plný úvazek  
v nepřetržitém provozu

**Operátory/operátorky  
Krajského zdravotnického operačního  
střediska v Kladně**

#### Požadujeme:

- odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra se speciální nebo v oboru zdravotnický záchranář s osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu
- komunikační a organizační schopnosti, spolehlivost a pečlivost, zvládnutí stresu, schopnost práce v týmu

#### Nabízíme:

- velmi dobré finanční ohodnocení
- dodatkovou dovolenou
- zajímavou práci na špičkovém pracovišti
- možnost dalšího vzdělávání v oboru

#### Nástup možný ihned nebo podle dohody

Kontakty: tel.: 731 137 165, e-mail: [patrik.merhaut@zachranka.cz](mailto:patrik.merhaut@zachranka.cz)

Inzerce M141001011

Kontakt: Bc. Jiří Prančl  
- personalista, tel.: 352 306 231,  
602 787 725, e-mail:  
[jprancl@vez.kyn.justice.cz](mailto:jprancl@vez.kyn.justice.cz)

M141001009

#### Fyzioterapeut

OBLASTNÍ NEMOCNICE  
NÁCHOD, A. S.,  
hledá pro nemocnice v Náchodě  
a Rychnově nad Kněžnou:

- fyzioterapeuty pro oddělení  
akutní lůžkové rehabilitace  
i ambulantní rehabilitace

Nabízíme:

- nadprůměrné mzdové ohodnocení včetně výkonnostního příplatku,
- zaměstnanecké benefity,
- výraznou podporu vzdělávání,
- ubytování.

Vhodné i pro absolventy.  
Nástup možný ihned.  
Kontaktujte nás e-mailem  
na adrese: [holub.lukas@nemocnicenachod.cz](mailto:holub.lukas@nemocnicenachod.cz)

M141000961

### Různé

#### Prodám

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

Bližší informace:  
[www.rehabilitace-policka.cz](http://www.rehabilitace-policka.cz),  
tel.: 461 724 511

M141000878

## Edukana

Občanské sdružení Edukana realizovalo v období 9/2012 – 6/2014 projekt Nelékaři financovaný z ESF, reg. č. CZ.1.07/3.2.07/03.0027, v jehož rámci byli nelékařští zdravotničtí pracovníci proškoleni v rámci 12 prezenčních a 12 e-learningových kurzů s cílem zvýšení jejich kompetencí souvisejících s výkonem dané profese. Nově vytvořené kurzy budeme od podzimu 2014 nabízet v akreditované formě.

[www.edukana.cz](http://www.edukana.cz)



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Inzerce M141000929

Inzerce M141000743

UROGYNEKOLOGICKÁ  
SPOLEČNOST

# XXIII. ČESKÁ UROGYNEKOLOGIE

## PRAHA 2014

Celostátní konference s mezinárodní účastí

### 4. prosince 2014, Clarion Congress Hotel Prague

Pořadatelé: Urogynekologická společnost ČR Sekce urogynekologie ČGPS ČLS JEP  
Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK Praha

Informace, on-line registrace:  
[www.congressprague.cz/urogyn2014](http://www.congressprague.cz/urogyn2014)

Organizace:  
Congress Prague

# Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získejte jako dárek knihu  
**Recidivující infekce dýchacích cest  
a imunomodulácia u detí**



Monografie početného týmu převážně slovenských, ale částečně i českých odborníků podává recentní pohled na problematiku opakovaných respiračních infekcí (RIDC).

Kompletní nabídka knih na [knihy.cz](http://knihy.cz)

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 27. 7. 2014**  
**Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



**Předplatte  
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mladafronta@predplatne.cz](mailto:mladafronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0714**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma  
800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0714**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

**Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné.** Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že 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 pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

# 5 DŮVODŮ, PROČ BÝT U VZP

Klienti naší pojišťovny se vždy mohou spolehnout na:

- komplexní zdravotní péči na území celé ČR
- největší počet smluvních zdravotnických zařízení
- celorepublikovou síť poboček VZP
- benefity pro všechny věkové skupiny
- možnost on-line komunikace s VZP



 **VZP**  
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222  
[www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)



VZP je se 6 miliony klientů největší zdravotní pojišťovnou v České republice, existuje od roku 1992 a dlouhodobě patří k základním pilířům systému zdravotnictví v ČR.

[www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)