ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

www.zdn.cz

MLADÁ FRONTA

9 771805 235003 04

CENA 28 KČ, PŘEDPLATNÉ 23 KČ

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

4/2012 Toto číslo vyšlo 27. 2. 2012

LÉKAŘSKÉ LISTY
2/2012 – Onkologie

PŘÍLOHA

PŘEDSTAVUJEME
prof. MUDr. Zdeňka Malého, CSc., přednostu Kliniky pro léčbu neplodnosti a ženských nemocí Unica.

STRANA 24

TÉMA ČÍSLA
Cerebrovaskulární a iktová centra
– miliardová dotace pro síť specializovaných pracovišť.

STRANA 10

Zdravotníci peníze nedostali – žádají novou úhradovou vyhlášku

Jediní zdravotničtí pracovníci, kteří se v únoru mohli radovat z vyšší výplaty, byli ti z fakultních nemocnic a dalších přímo řízených organizací. Většina ostatních zdravotníků se slibovaného navýšení platů a mezd nedočkala a pravděpodobně ještě nějakou dobu nedočká. Hlavním argumentem zaměstnavatelů zůstává špatné nastavení úhrad pro rok 2012.

Letošní navýšení platů všem zdravotnickým pracovníkům mělo dle memoranda následovat po jednorázovém přidání lékařům v minulém roce. Nelékaři loni na růstu platů netrvali a spokojili se s příslibem ministra, že jim bude přidáno až tento rok.
Zhoršující se ekonomická situace země a přetrvávající globální krize však ministerstvo přinutila ke korekci původního slibu. Koncem minulého roku ministr přislíbil plošné zvýšení platů zdravotníků o 6,25 % s tím, že zbytek do původně slibovaných 10 % dorovná v průběhu roku 2012 podle toho, jak bude pokračovat výběr pojistného a jaký bude celkový stav naší ekonomiky.
Většina zdravotníků se však navzdory slibu vyšších platů a mezd prozatím nedočkala. Potvrdil to průzkum, který minulý týden zveřejnil Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče (OSZSP), jenž mapoval aktuální situaci v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Jedinou výjimku představují pracovníci ve fakultních nemocnicích, jejichž ředitelům ministr zvýšení platů přikázal.

(**pokračování na straně 2**)

Ředitel SÚKL Beneš **odvolán z funkce**

Ministr zdravotnictví Leoš Heger odvolal minulý týden ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Martina Beneše. Ministr uvedl, že se s Benešem dlouhodobě názorově míjel a navíc nebyl spokojen s jeho stylem práce.

Dočasným vedením SÚKL byl nyní pověřen náměstek ředitele pro odborné činnosti Jiří Deml. O tom, koho nakonec ministr Heger na post ředitele dosadí, rozhodne výběrové řízení. „Ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv považuji za jednoho z klíčových hráčů v systému českého zdravotnictví. Proto jsem se toto místo rozhodl obsadit na základě otevřeného výběrového řízení, přičemž do výběrové komise pozvu zástupce pojišťoven,

(**pokračování na straně 2**)

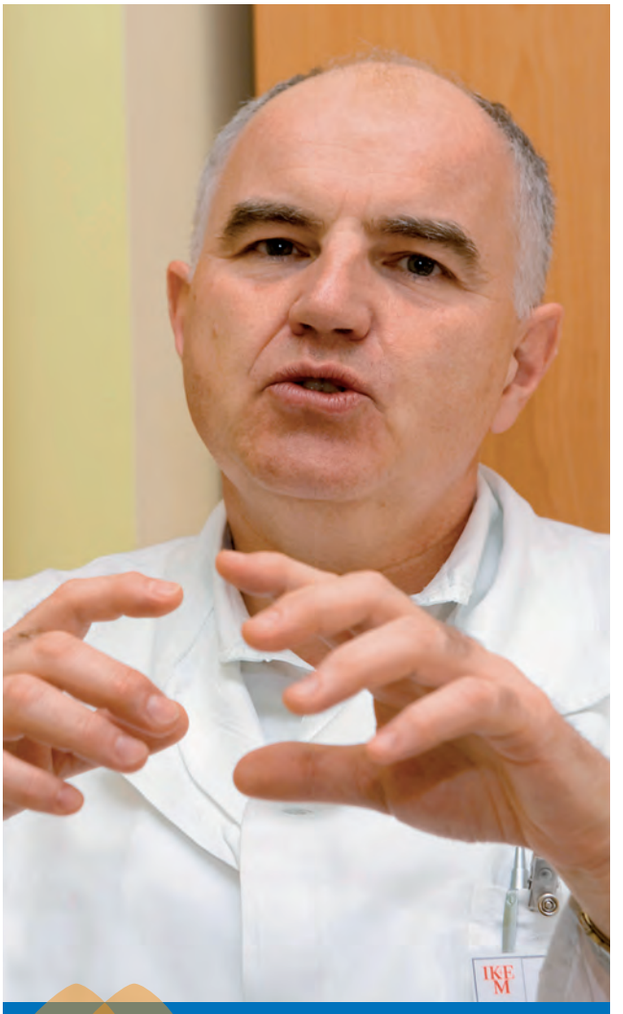


Foto: Leoš Chodura

Pavel Trunečka: V ČR jde živé dárcovství orgánu ke škodě toho, kdo daruje.

(viz str. 7)

Zdravotníci peníze nedostali – žádají novou úhradovou vyhlášku

(pokračování ze strany 1)

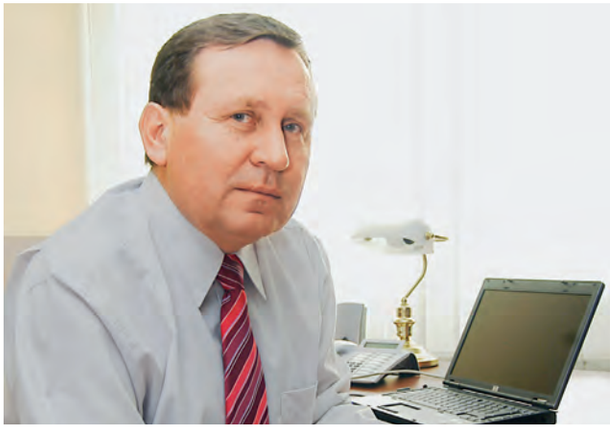
Nedostatečné úhrady

Hlavním důvodem, proč zdravotníci na svých lednových výplatních páskách neviděli slibované zvýšení platů a mezd, jsou podle zaměstnavatelů nedostatečné úhrady a špatné nastavení úhradové vyhlášky jako takové.

Šéf Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Eduard Sohlich tvrdí, že při současném nastavení úhradové vyhlášky není reálné, aby se nemocnice dostaly na avizované vyšší úhrady. Zaměstnavatelé nemají dostatek finančních prostředků na pokrytí mezd nejen kvůli růstu DPH, cen potravin a energií, ale také kvůli velmi teoretickému způsobu, jakým se lze dopracovat k vyšší produktivitě, která by společně se zavedením systému DRG zajistila nemocnicím více peněz.

„V ambulantní části dosáhneme v optimálním případě pouze na 98 procent úhrad roku 2010. Co se týká části hospitalizační, tak pokud budeme mít stejný počet hospitalizačních případů a stejnou relativní váhu – tedy tíži případů – jako v roce 2010, dostaneme 100 procent úhrad roku 2010. To ale vylučuje jakékoli navýšení, které by bylo možné jen tehdy, pokud zvýšíme výkonnost na 103 procent hospitalizačních případů a také pokud budeme schopni dosáhnout i zvýšení relativní váhy, čili tíže případů, od 101 do 105 procent," vysvětlil předseda AČMN. Podmínky zvýšení úhrad jsou tedy podle asociace příliš složité a neexistuje reálný předpoklad, že by na ně dosáhla většina zdravotnických zařízení v Česku.

Dalším problematickým faktorem, který brání navýšení platů ze strany managementu, je podle zástupců zaměstnavatelů kumulovaná inflace z let 2010–2012, kterou odhadují na 6,3 %. Dopad vyšší DPH pak odhadují na dalších 1,5 %, čili reálná úhrada by dle výpočtu AČMN byla nižší celkem o 7,8 %. „Z našich výpočtů tak jednoznačně vyplývá, že očekávat v této situaci navýšení platů ze strany managementu je velmi iluzorní," dodal Eduard Sohlich.



Eduard Sohlich. | Foto: Martin Ježek

Problémem jsou i zálohy na péči

Náměstek ministra zdravotnictví Petr Nosek vidí hlavní problém současného stavu v „zálohové" politice zdravotních pojišťoven. Nemocnice dostávají pouze zálohy na péči a ty ještě většinou nemají vyjednané. Navíc zálohy na péči jsou obvykle nižší, a nemusí tedy pokrýt reálně poskytnutou péči. Pojišťovny pak teprve až po vyúčtování celého roku doplácejí nemocnicím péči podle skutečně vykázané péče. Náměstek Nosek proto nemocnicím opakovaně navrhuje, aby si na pokrytí vyšších výdajů vzaly úvěr, který by ze zisku mohly posléze snadno splatit.

Podle Eduarda Sohlicha jsou však v současnosti zálohy od VZP ještě nižší než v předchozím roce, protože největší zdravotní pojišťovna v ČR snižuje tento druh úhrady o procento poklesu svých pojištěnců, kteří přešli k jiným pojišťovnám, a ostatní pojišťovny o navýšení záloh nechtějí slyšet.

Leoš Heger: Vypomoci by měly kraje

Ministr Heger i přes protesty odborů a zaměstnavatelů trvá na tom, že by si odboráři zvýšení platů měli vyjednat se svými zaměstnavateli sami, neboť MZ do úhradové vyhlášky peníze na zvýšení platů zakomponovalo. „Ministerstvo zde není od toho, aby do nemocnic vozilo peníze v igelitových taškách. Ministerstvo je tu proto, aby vytvářelo pravidla na úrovni zákonů. My jsme peníze na platy zajistili v úhradové vyhlášce, a pokud budou pojišťovny platit méně, než jim vyhláška ukládá, je to nepřípustné," uvedl na jednání s odbory Leoš Heger a později dodal, že pojišťovny by za nedodržování vyhlášky mohly být i sankcionovány.

„V případě problémů mohou nemocnicím dočasně vypomoci kraje a rád bych v souvislosti s tím připomněl, jak kraje kdysi vypomáhaly pacientům s placením 30 korunových poplatků," nabídl ministr řešení, které však bezprostředně odmítly jak kraje, tak i odbory.

Jiří Běhounek: Nemáme peníze ani na běžný chod

Podle místopředsedy Asociace krajů ČR Jiřího Běhounka (ČSSD), je možnost dotování platů zaměstnanců nemocnic z rozpočtu kraje nereálná. Peníze jim prý stěží vystačí na běžný provoz. „Z 52 krajských nemocnic nám 28 odpovědělo, že mají zálohy od VZP nižší než v roce 2011, tři mají 100 procent a dvě 101 procent, zbytek zatím neodpověděl. Kraje nezadržely jedinou korunu z úhradové vyhlášky a nemáme informace o tom, že by to kterýkoli z ředitelů krajských nemocnic učinil," shrnul šéf kraje Vysočina Běhounek, podle něhož ani jeden hejtman není ochoten jakkoli financovat mzdy zdravotníků z rozpočtu kraje, protože poklesy ve všech segmentech jsou prý tak výrazné, že krajům stačí sotva na zajištění provozu a nezbytné investice do školství, dopravy apod. „Pouhé navýšení DPH vyšlo jen v našich nemocnicích na 400 milionů, a kdybychom měli všem zaplatit slíbených 10 procent, vyjde nás to na 1 miliardu a 96 milionů – na to skutečně nemáme," uzavřel Jiří Běhounek.

Přehodnotit vyhlášku, nebo odejít

Odboráři stejně jako kraje a zaměstnavatelé vidí hlavní problém v úhradové vyhlášce a požadují, aby se do sporu vložil předseda vlády Petr Nečas (ODS), který by měl po Leoši Hegerovi chtít přehodnocení úhradové vyhlášky. „Požadujeme, aby se vyhláškou stanovené parametry přepočítaly nezávislými odborníky, s dopady na konkrétní zdravotnická zařízení. Nový propočet by měl vnést jasno do toho, zda je schopna pokrýt růst platů ve zdravotnictví, nebo ne. Pokud se ukáže, že toho schopna není, chceme, aby pan ministr tuto vyhlášku přehodnotil tak, aby nemocnice peníze na navýšení platů dostaly," uvedla předsedkyně OSZSP Dagmar Žitníková a dodala, že pokud by ministr zdravotnictví peníze nebyl schopen zajistit, měl by sám zvážit svoje další setrvání ve funkci.

Podle Dagmar Žitníkové, by měla jednání o podobě úhradové vyhlášky mezi všemi zainteresovanými stranami proběhnout do 30. dubna. Do té doby má ministr Heger čas k nápravě současné situace. Poté by odbory mohly začít chystat protesty. Uvedené stanovisko odborářů by však mohla korigovat ještě jednání tripartity a Zdravotnické trojky (OSZSP, LOK-SČL a POUZP) s premiérem Nečasem, která proběhla minulý čtvrtek, tedy až po uzávěrce tohoto vydání Zdravotnických novin.

Filip Kůt Citores

ANKETA www.ZDN.cz

VADILO BY VÁM SLOUČENÍ RESORTŮ ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ?

51 % ANO

43 % NE

6 % NEVÍM

V ANKETĚ HLASOVALO 124 ČTENÁŘŮ WWW.ZDN.CZ.

Ředitel SÚKL Beneš odvolán z funkce

(pokračování ze strany 1)

České lékárnické komory, odborné společnosti i akademické obce," uvedl ministr Heger, po němž před časem senátoři ČSSD žádali nová výběrová řízení také pro všechny dlouhodobě působící ředitele fakultních nemocnic.

Martin Beneš vedl SÚKL od roku 2007, do té doby působil jako lékárník v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. Ve funkci ředitele SÚKL vystřídal Michala Sojku, kterého z funkce odvolal bývalý ministr Julínek. Nelíbilo se mu, že předchozí ministr David Rath jmenoval Sojku do funkce bez výběrového řízení.

(klu)

Martin Beneš. | Foto: Leoš Chodura

Leoš Heger a ještě jeden lhář

Odboráři lají do lhářů ministru Hegerovi, ale zapomínají, že nemenším lhářem je i hejtman Michal Hašek.

Je ministr zdravotnictví Leoš Heger lhář, jak mu spílají odboráři? Jsou to ostrá slova, ale dá se to tak říct. Dal slib (10 %), který *ex post* zredukoval (6,25 %), a ani redukovanou verzi nedokáže dodržet. Jednoduše proto, že to nejde. To od něj věru není pěkné.

Ale je třeba dodat (a odboráři na to podezřele ochotně zapomínají), že v tom není sám. Úplně stejným lhářem (podržíme-li si odborářský slovník) jako Leoš Heger je předseda Asociace krajů ČR Michal Hašek, potažmo všichni hejtmani, kteří se jím nechali při vyjednávání memoranda zastupovat. Právě na nich jako zřizovatelích leží odpovědnost za zvýšení mezd v krajských nemocnicích, ke kterému nedošlo. Nutno dodat, že v nemocnicích, na něž má páky Heger, platy většinou – i když zřejmě ne všude – stouply. Krajské nemocnice se na lékaře s jednou jedinou zachycenou výjimkou vykašlaly úplně.

Hory doly, sliby chyby

Hašek má proti Hegerovi tu výhodu, že není pod memorandem přímo podepsán, takže má mnohem lepší manévrovací prostor. Ale neuškodí vrátit se v čase o rok zpátky. Hašek se na jednáních o memorandu velmi ochotně zviditelňoval a horem dolem sliboval součinnost při jeho naplňování. Když byla dohoda podepsána, neopomněl vyzdvihnout vlastní zásluhy: „Asociace krajů České republiky a všichni hejtmani stáli vždy na straně dohody ministra zdravotnictví Leoše Hegera a lékařů. Po celou dobu vyjednávání to byla AKČR, kdo se nemalou měrou podílel na moderování diskuse mezi oběma stranami, a hejtmani významným způsobem přispěli k vyřešení a zažehnání krize v českém zdravotnictví. Stejně odpovědně a poctivě nyní kraje postupují v naplňování dohody na úrovni krajských nemocnic," kasal se týden po podpisu memoranda Hašek v tiskové zprávě. V jejím závěru pak vyzývá „k naplnění memoranda, na jehož vytvoření a uvedení do života jsme s panem Engelem spolupracovali". Také v den podpisu memoranda se Hašek cpal před mikrofony a kamery a mimo jiné prohlásil, že je „připraven osobně garantovat jeho naplnění v krajských nemocnicích".

Martin Čaban

O patro níž

Panta rhei. Když dnes Heger vyzve hejtmany, aby zatlačili na šéfy krajských nemocnic kvůli zvýšení lékařských platů, dostane se mu odpovědi, že to byl jeho slib, a tedy na něj má nejdřív poslat peníze. Co je ale ještě smutnější, odboráři na tuto argumentaci hejtmanů nepochopitelně slyší. Věcnou debatu uvedou do patové situace tím, že v reakci na analýzu ministerstva, podle níž úhradová vyhláška dodala do nemocnic dostatek peněz na vyšší platy, předloží vlastní analýzu, která tvrdí pravý opak. A dožadují se analýzy třetí. Ano, ohýbat data ve svůj prospěch umí ministerstvo i odboráři. Budou-li se předhánět v tom, kdo to umí lépe, nepovede to nikam.

Přitom by stačilo, kdyby se odboráři vrátili o patro níž. A místo aby ruku v ruce s hejtmany a řediteli nemocnic útočili na brány ministerstva, vrátili boj o platy tam, kam patří – k managementům (které nemají žádnou motivaci zvyšovat platy, protože na ně netlačí ani odbory, ani zřizovatelé) a ke zřizovatelům (tedy především hejtmanům, kteří se pro naplnění memoranda mohou skutečně přetrhnout).

Proč odbory vyjednávání na těchto úrovních tak hanebně zanedbaly a hned se vrhly na Palackého náměstí? Proč ředitelům a hejtmanům tak ochotně uvěřily, že nemají ani vindru nazbyt, ale Hegerovi totéž nevěří? Zdá se jim, že kraje hospodaří efektivně, úsporně, bez předražených zakázek? A všechny krajské a soukromé nemocnice běží jako dobře promazané stroje bez rezerv? To snad ne.

Inzerce A121000454

Nová ohlašovací povinnost **při administraci očkování**

Praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost přibyla od nového roku povinnost spolupracovat na zajištění povinného očkování s clearingovým centrem. MZ jej při Národním referenčním centru zřídilo podle novelizovaného zákona o zdravotním pojištění.

Od počátku letošního roku začal platit nový systém sledování pohybu očkovací látky mezi distributorem, zdravotními pojišťovnami a praktickými lékaři. Ti nově jednou za půl roku vykazují clearingovému centru pravidelná očkování, tedy kolik osob a jakými látkami naočkovali, stav zásob či počet znehodnocených vakcín). Jednou měsíčně pak centru referují také distributoři, kteří oznámí počet dodaných vakcín. Zdravotní pojišťovny rovněž v měsíčních intervalech informují centrum o množství očkovacích látek, jež jim za toto období lékaři vykázali.

Ilustrační foto: Shutterstock

Statistiky poslouží jako zpětná vazba

Praktičtí lékaři vyplní informace do jednostránkového formuláře, který mohou centru poslat poštou, e-mailem či vyplnit na internetu. Tiskopis bude k dispozici na stránkách centra a Sdružení ambulantních specialistů. S měsíčním předstihem bude vložen do periodik, která lékaři běžně objednávají do ordinací. „Statistiky o vakcínách a očkování doposud nebyly centrálně vedeny. Je to pozitivní krok nejen pro národní imunizační komisi při MZ, která o takovou databázi dlouhodobě usilovala, ale i na regionální úrovni. Lékaři získají zpětnou informaci o stavu proočkovanosti ve své oblasti. Nejde o nějakou administrativu navíc," řekl Zdravotnickým novinám ředitel Národního referenčního centra Pavel Kožený.

Aktuální stav počtu dodaných vakcín a očkovaných pacientů, který za první měsíc nově fungujícího systému vykázali clearingovému centru distributoři a zdravotní pojišťovny, zatím nebylo možné zjistit. Údaje se hlásí s měsíčním zpožděním, za leden tedy budou známy do konce února.

(klu)

Očkování dětí proti rotavirům zlevňuje

VZP ve spolupráci se ZP Metal-Aliance od února zlevnily vakcíny pro své pojištěnce.

Rodič si vyzvedne na pobočce své zdravotní pojišťovny certifikát s uvedeným rodným číslem dítěte. U lékaře či v lékárně zaplatí za kompletní očkovací schéma maximálně 2600 Kč (cena bez aplikačních poplatků) a od své zdravotní pojišťovny získá po předložení potvrzeného certifikátu 500 Kč zpět. Celé schéma jej tedy vyjde na 2100 Kč.

Plošná vakcinace proti rotavirům byla před několika lety zavedena např. v Rakousku, Belgii, Lucembursku, Finsku či Litvě. Poté v těchto zemích došlo k poklesu celkové nemocnosti na průjmová onemocnění a zároveň k poklesům hospitalizací, jež jsou zapříčiněny infekčními průjmy. V Česku se proočkovanost dětí narozených v loňském roce pohybovala v rozmezí 7–8 %. (klu)

Doporučení přeočkovat rizikové pacienty proti pneumokokům

Národní imunizační komise (NIKO) doporučila přeočkovat proti pneumokokům děti do 5 let věku, které spadají do rizikových skupin. Doporučení se týká těch dětí, jež byly v minulosti očkovány sedmivalentní vakcínou.

Děti mají být přeočkovány desetivalentní vakcínou zdarma nebo třináctivalnetní vakcínou Prevenar 13 s několikasetkorunovým doplatkem, u rizikových pacientů je tento doplatek rodičům prominut. „Tyto děti mají většinou oslabenou imunitu a jsou daleko náchylnější k onemocněním dýchacích orgánů. I proto se ministerstvo rozhodlo chránit je před nebezpečnými pneumokokovými bakteriemi bezplatným očkováním. Nyní navíc doporučuje, aby se nechaly přeočkovat a byly chráněny proti více typům bakterie," uvedla místopředsedkyně České vakcinologické společnosti ČLS JEP Hana Cabrnochová.

Tento záměr podporuje také sdružení Nahlas, které dlouhodobě usiluje o celoplošné očkování pneumokokovým a meningokokovým onemocněním.

Indikace přeočkování

Do rizikové skupiny dětí, kterým je přeočkování doporučováno, patří pacienti s primárními defekty imunity s klinickým projevem, jako jsou poruchy tvorby imunoglobulinů, T lymfocytů, fagocytózy a komplementu. Jde také o děti se závažnými sekundárními imunodeficity, funkční i anatomickou astenií, po transplantaci kmenových hemopoetických buněk, s kochleárními implantáty a likvoreou. Argumentem pro přeočkování jsou dále recidivující otitidy v rozsahu 4 a více atak za rok, chronická plicní onemocnění nebo prodělané bakteriální meningitidy a septikemie. (klu)

Zabaveny léky na osteoporózu kvůli možnému porušení patentu

Na devíti místech ČR celníci zabavili celkem přes 4400 tablet léku na osteoporózu. Vyvrcholil tím soudní spor o porušování patentových práv mezi farmaceutickými společnostmi Roche a Teva.

„Celníci dokončili kontrolní akci s názvem ‚ACID'. Na devíti místech České republiky zajistili u distributorů 4437 potahovaných tablet léku Ibandronic Acid Teva 150 mg pro podezření z porušení patentových práv. O zásah požádal Celní správu držitel patentu, společnost F. Hoffmann – La Roche AG," uvedl tiskový mluvčí Generálního ředitelství cel ČR Jiří Barták. „V souvislosti s nabízením přípravku Ibandronic Acid Teva, jeho prodejem, jakož i skladováním za účelem nabízení a prodeje může docházet k porušení zákazu klamavé obchodní praktiky ve smyslu zákona o ochraně spotřebitele," dodal mluvčí.

Originál vs. generikum

Soudní pře začala v polovině loňského roku. Tehdy Roche jako držitel evropského patentu pro svůj originální lék Bonviva zažaloval evropskou centrálu společnosti Teva sídlící v Nizozemsku a dvě české pobočky Tevy se sídlem v Praze a Opavě. Roche obvinil Tevu, že v rozporu s jeho patentem distribuuje a prodává na českém trhu generický přípravek Ibandronic Acid Teva. Teva se však spolu s dalšími sedmi výrobci generických léků odvolala již při vydání patentu na originální přípravek Bonviva a podala proti němu odpor. Argumentovala tím, že pro samotnou účinnou látku (kyselinu ibandronovou) patentová ochrana neplatí, a registrovala lék Ibandronic Acid Teva s touto účinnou látkou.

Zákaz prodeje léku na českém trhu

Soud prvního stupně uznal zásah do práv a nekalostní soutěžení ze strany společnosti Teva. Českým pobočkám firmy proto již v loňském roce uložil „povinnost zdržet se uvádění přípravku Ibandronic Acid Teva na český trh". Společnost Roche se však s tímto rozsudkem nespokojila a odvolací soud tak nyní tuto povinnost rozšířil i na nizozemskou základnu Tevy. Předběžné nařízení nyní Tevě zakazuje uvádění léku na český trh, dokud nebude soudní pře úplně vyřešena. Společnost však toto nařízení porušila, a proto došlo k zabavení léků celní správou.

Při posledním soudním jednání Teva avizovala, že než stačí ve stížnosti zpochybnit platnost patentu společnosti Roche, způsobená finanční škoda bude znamenat faktický zánik jejího přípravku. Úřad průmyslového vlastnictví o pozměnění patentu dosud plně nerozhodl.

(klu)

Nemocnice Nymburk zvýší zaměstnancům platy

Ředitelka Nemocnice Nymburk Alice Opočenská chystá pro toto zařízení růstovou strategii. Přidá na platech, rozšíří chirurgii a internu, porodnice zůstane zachována. Pomáhá i město.

V polovině loňského roku se jediným vlastníkem nymburské nemocnice stalo město Nymburk. Nová ředitelka, kterou zastupitelé dosadili do čela zdravotnického zařízení k 1. 1. 2012, nyní představila plán jak udržet zařízení v kladných číslech a zaručit nemocnici prosperitu. „V první řadě se budeme snažit o vytvoření zdrojů na financování všech zamýšlených plánů. Prostor vidím jednoznačně v zefektivnění chodu nemocnice a nákupu léků, v kvalitní spolupráci se zřizovatelem, v efektivním čerpání již schváleného programu ‚Vzdělávání zdravotnických pracovníků v nemocnici Nymburk' a v jednání s pojišťovnami o financování zdravotní péče na letošní rok. Rozhodující bude nasmlouvání co nejefektivnějšího spektra financování péče v rámci nového systému, který bude fungovat od roku 2013," vysvětlila Alice Opočenská.

Zažehnaná krize

Nemocnici z nejhoršího (dluhy, hrozící soudní spory, odchody lékařů) vyvedl krizový ředitel Vladimír Měrka, který podle svých slov vytýčené úkoly splnil. „Nemocnice má kladné výsledky hospodaření. Změnil se způsob řízení, zavedla se nákladová střediska a nemocnice vykázala úspory v oblasti čerpání zdravotnického materiálu. Podařilo se také snížit celkové zadlužení nemocnice o 30 procent, u dalších závazků pak nastavit pro nemocnici přijatelné splátkové kalendáře. I v těchto krušných měsících jsme investovali více než 3 miliony korun do přístrojového vybavení chirurgie a gynekologie," komentuje vývoj bývalý ředitel.

Vyjasnila se také situace kolem převodu sanitek společnosti Transmed, kterou vlastní bývalý majitel nemocnice Martin Vojtíšek. Jak Zdravotnické noviny před časem informovaly, město odmítlo přistoupit na cenu 23 milionů korun, kterou Vojtíšek městu nabídl. „Dopravní službu Transmed nyní nemocnice využívá k převozu pacientů. Pan Vojtíšek také dodržel svůj jednostranný závazek a pro případ, že by město chtělo firmu koupit, nechal vypracovat ocenění Transmedu nezávislým soudním znalcem," uvedl poradce města pro oblast zdravotnictví Richard Vonička. O koupi Transmedu ale nemocnice v současné době neuvažuje.

Bývalý ředitel Vladimír Měrka, ministr zdravotnictví Leoš Heger a poradce města Nymburk pro zdravotnictví Richard Vonička. | Foto: Tomáš Kukal

Nová interna a podniková školka

Od lepšího systému odměňování si nemocnice slibuje větší stabilizaci stávajících zaměstnanců. „V roce 2012 navýšíme platy o 3,1 procenta. Také chceme zlepšit fungování nemocniční ubytovny a plánujeme zřízení podnikové mateřské školy," vypočítává ředitelka.

Zlepšit by se měly i podmínky pro poskytování zdravotní péče. Nemocnice zřídí centrum akutní medicíny, zavede systém péče v oboru jednodenní chirurgie a zprovozní pavilon interních oborů v prostorách bývalého dětského oddělení, které je již několik let uzavřené. „Centrum akutní medicíny vybudujeme v pavilonu centrálních operačních sálů. Urgentní příjem by měl být napojen na prostor s observačními lůžky pro přechodnou péči. Srdcem urgentního příjmu bude *crash room*, emergentní úsek s pěti lůžky, z nichž jedno bude plně vybaveno pro resuscitační péči. Urgentní příjem bude přímo napojen na centrální operační sály, JIP a prostor akutní diagnostiky," nastínila svou představu Alice Opočenská.

Nově bude zřízena také interní příjmová a kardiologická ambulance. Ambicí nemocnice je rozšíření spektra poskytované péče, která by kopírovala současné trendy financování zdravotní péče.

Redukce počtu lůžek bude mírná

Převod velké části oddělení na lůžka následné péče nemocnice nechystá. „Při zachování lůžkových oddělení chirurgie a interny se počty lůžek sníží pouze k docílení vyšší obložnosti a lepšího ekonomického využití jejich potenciálu. Chirurgické oddělení bude doplněno oddělením jednodenní chirurgie, které bude zajišťovat plánované laparoskopické a artroskopické výkony nejenom v oboru chirurgie, ale i gynekologie, ortopedie a urologie," řekl poradce Richard Vonička. Nemocnice tím chce efektivněji využít centrální operační sály, výrazně rozšířit spektrum poskytovaných zdravotnických služeb a zlepšit jejich dostupnost pro občany.

Podle poradce zůstane zachováno i gynekologicko-porodnické oddělení. „Doporučený počet porodů je nemocnice schopna bez větších problémů splnit. V návaznosti na již uvedenou možnost přesunu části výkonů do režimu jednodenní chirurgie je opět možné efektivně snížit počet lůžek," dodal Richard Vonička.

Petra Klusáková

Současná ředitelka a jednatelka Nemocnice Nymburk Alice Opočenská a starosta města Nymburk Miloš Petera. | Foto: Markéta Tomčíková

O fúzi pojišťoven rozhodnou správní rady v březnu

Po lednovém jednání správních rad České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP) a Zdravotní pojišťovny Metal-Aliance (ZPMA) vyšlo najevo, že pojišťovny zvažují fúzi – v současnosti připravují analýzy a dále budou o této možnosti jednat v březnu.

„Správní rady obou zdravotních pojišťoven projednaly možnost fúze a pověřily ředitele obou pojišťoven zpracováním analýzy a možností společných projektů. Další informace nejsou v současné době k dispozici. Obecně je možné říci, že záležitosti eventuální fúze zdravotních pojišťoven jsou plně v rukou zúčastněných zdravotních pojišťoven a jejich správních orgánů," řekl Zdravotnickým novinám prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR Jaromír Gajdáček.

Jeho slova potvrdila i mluvčí ZPMA Zuzana Brávníková. „Zvažujeme možnosti spolupráce, o kterých bude jednat až správní rada pojišťovny v polovině března. V tomto okamžiku nejde o nic konkrétního." Její slova upřesnila mluvčí ČPZP Elenka Mazurová. „V současné době probíhají jednání managementů obou pojišťoven o potenciálních synergických efektech fúze. Kromě toho se bavíme o společných projektech, například v oblasti marketingu," uvedla mluvčí pro ZDN. O možnosti fúze vědí i na ministerstvu zdravotnictví, deníku Euro to potvrdil náměstek ministra zdravotnictví Petr Nosek.

ČPZP vznikla v roce 2009 fúzí Hutnické zaměstnanecké pojišťovny se ZP Agel a následně s Českou národní zdravotní pojišťovnou. V současnosti registruje téměř 800 tisíc pojištěnců. ZPMA, která z certifikačního auditu vychází jako ekonomicky stabilní, má okolo 400 tisíc pojištěnců.

(klu)

POLEMIKA

ČLK na téma **onkologie vs. léčitelé**

Vědecká rada ČLK vydala na začátku února oficiální stanovisko k neověřeným léčitelským postupům v onkologii. Upozorňuje na velké množství vědecky neakceptovatelných druhů léčby, zároveň také doporučuje střídmé jednání při domluvě s pacientem.

Ilustrační foto: Shutterstock

Onkologické onemocnění představuje v myslích pacientů jeden z nejhorších možných scénářů. Často podobně přistupují i ke standardní onkologické léčbě. Radioterapie či chemoradioterapie jsou synonymem bolesti a neznáma. Alternativní léčba a léčebné přípravky, operující se slovy jako „přírodní“, „léčivé“ a „chránící“, naopak navozují pocit bezpečí. Kvůli obavám pak nemocní vyhledávají pomoc u léčitelů a v doplňcích stravy. Metod alternativní léčby v onkologii je nepřeberné množství. Vědecká rada zmiňuje ty nejrozšířenější a upozorňuje, že pozitivní účinky na stav nemocného mají zpravidla jen placebový efekt.

Prvotní rozhodnutí

Za hlavní možné riziko Vědecká rada ČLK považuje špatnou prvotní volbu pacienta. „Nemocný, který přistoupí na alternativní léčbu, může promeškat vhodný okamžik k zahájení účinné standardní protinádorové léčby. Jeho choroba přes dočasné subjektivní zlepšení progreduje a šance na úspěšné léčení, nebo dokonce vyléčení, se zmenšuje,“ uvádí se ve stanovisku.

Závěr vědecké rady potvrzují i slova náměstka ředitele Masarykova onkologického ústavu v Brně (MOÚ) Igora Kisse. „Alternativní léčba nejvíce poškodí pacienta, který je na počátku onkologické terapie, má stanovenou diagnózu (histologii) a rozsah onemocnění, z čehož vyplývají kurativní možnosti léčby. Obavy z operace a případné chemoterapie mohou vést k tomu, že pacienti v této fázi onemocnění preferují alternativní metody a dostaví se k zahájení léčby až ve fázi, kdy již vyléčení není možné nebo dochází ke kontraindikaci zahájení onkologické léčby pro celkově špatný stav.“ Náměstek Kiss ovšem dodává, že tyto případy jsou v dnešní době naštěstí jen ojedinělé.

Když věda nic jiného nenabízí

Mnohem častějším adeptem alternativní léčby bývá pacient, který je ve velmi dobrém zdravotním stavu, má minimální nebo téměř žádné symptomy onemocnění a možnosti onkologické léčby jsou pro něj vyčerpány. „Snažíme se nabízet účast ve vhodných klinických studiích s tím, že srovnatelnou aktivitou je standardní symptomatická terapie,“ uvádí Igor Kiss. A jaká je definice typického adepta alternativní léčby? „Pacient, kterému již standardní onkologická léčba nemá co nabídnout. Přiznávám, že pro tuto podskupinu pacientů může mít alternativní léčba i psychologický benefit (placebo efekt), velmi často se subjektivním zlepšením stavu pacienta, protože onkologická terapie je vysazena a její vedlejší nežádoucí účinky odeznívají,“ připouští odborník.

Masarykův onkologický ústav podle slov svého náměstka nemá žádné zavedené schéma jak postupovat, vyžaduje-li pacient alternativní léčbu. Důležitý je citlivý individuální přístup a rozhovor, ve kterém lékař vysvětlí rizika alternativních postupů pacientovi i členům rodiny. Zpravidla totiž alternativní léčba bývá iniciována právě některým členem rodiny, nikoli samotným pacientem.

Hlavně neublížit

Mezi postupy, které podle Vědecké rady ČLK nepomohou, ale ani neublíží, patří metody jako psychotronika, která předpokládá možnost transmise psychických impulzů na nemocného člověka, a biotronika, tedy schopnost vysílat „bioenergii“ s léčebnými účinky. „Kromě dočasného zlepšení psychiky nemocného nebyl přinesen jediný spolehlivě ověřený důkaz o léčebném účinku těchto metod,“ uvádí se ve stanovisku.

Za zavrženíhodné naopak rada považuje metody nutriční, například „vyhladovění nádoru“. „Nádor roste zcela autonomně a ke svému růstu si opatří nutné živiny i na úkor hostitelského organismu, který s pokračujícím bujením chátrá. Hladovka jenom prohloubí kachektizaci nemocného, ale růst nádoru neovlivní,“ tvrdí se ve stanovisku.

Za nebezpečnou odborníci považují i tzv. makrobiotickou dietu, která svou jednostranností může vést k závažnému zhoršení zdravotního stavu. Zcela neúčinné při léčbě onkologických pacientů jsou pak dle stanoviska VR ČLK metody léčby magnetismem nebo pomocí kamenů.

U akupunktury rada poukazuje na využití doplňkové. „Je třeba přiznat, že může být prospěšným doplňkem v léčbě algického syndromu (bolesti), ale v terapii vlastního nádorového onemocnění nemá žádné racionální uplatnění.“ Podobně je možné využívat metodu léčby přírodními látkami (například ve formě výluhů) pro ovlivnění některých symptomů, jako jsou zažívací potíže či nechutenství.

Alternativní přípravky

U medikamentózní léčby stanovisko Vědecké rady ČLK jasně zavrhuje léčbu homeopatiky, jež vychází z principu podobnosti a ze zákonitosti minimálních dávek. Látka, která u zdravého člověka vyvolá určité příznaky, může podle zmíněné metody tytéž příznaky u nemocného léčit, je-li ovšem podaná v patřičném ředění. V konečném roztoku se tak může vyskytovat jen několik molekul účinné látky.

Zamítavě rada pohlíží rovněž na doplňky stravy prodávané v lékárnách, stejně tak i na tzv. enzymovou terapii s údajným účinkem u širokého spektra nejrůznějších onemocnění. Ačkoli některé experimentální práce naznačovaly možnost protinádorového účinku, nikdy nebyl spolehlivě doložen. „V onkologii se však tyto přípravky mohou uplatnit například v léčbě rezistentních otoků horních končetin po mastektomii,“ uvádí Vědecká rada ČLK. U některých preparátů byly prokázány jisté biologické účinky při experimentech na zvířatech, ovšem mezinárodně stanovené tříetapové klinické zkoušky uskutečněny nebyly.

Doporučení vědecké rady

„Žádný lékař by se neměl stát garantem pověr,“ varuje rada. Zároveň doporučuje střídmost při jednání s nemocným. Lékař je povinen pacienta pravdivě informovat o alternativních způsobech léčby. Také by však neměl jiné alternativy *a priori* zamítat, například pokud se jedná o potravinové doplňky bez nežádoucích vedlejších účinků. „Striktní zákaz by nemocného mohl uvést do stresové situace a jeho příbuzné by zbavil pocitu, že se udělalo vše, co bylo k dispozici,“ uvádí se ve stanovisku. Lékař ovšem musí pacientovi vysvětlit, že kromě jím zvolené alternativní léčby by měl podstoupit i doporučenou konvenční terapii.

Rezervovaný, ale ne celkově odmítavý postoj k alternativní léčbě má i Igor Kiss. „Za svou praxi onkologického lékaře jsem nepozoroval žádný benefit alternativní léčby. Pozitivní je pouze dobrý dopad na psychiku pacienta,“ uzavírá odborník.

Vědecká rada ČLK v závěru doporučení připouští, že pokud léčitel spolupracuje s lékařem, mohou jeho rady nebo prostředky přírodní medicíny přispět ke zlepšení celkové kondice a kvality života nemocného.

Irena Soukupová

Inzerce A121002550

NOVARTIS

Discovery AWARD 2012

INOVATIVNÍ POČIN V OBLASTI MEDICÍNY

SPOLEČNOST NOVARTIS VYHLAŠUJE CENU PRO MLADÉ VÝZKUMNÍKY DO 40 LET, KTEŘÍ SE ZASLOUŽILI O VÝZNAMNÝ POSUN V OBLASTI MEDICÍNY A FARMACIE.

UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK JE 15. BŘEZNA 2012

VŠECHNY INFORMACE O PODMÍNKÁCH SOUTĚŽE NALEZNETE NA WWW.DISCOVERYAWARD.EU

NOV-002/02/2012

Legislativní chyba stojí lidské životy, nyní ji napraví novela

Přednosta Transplantcentra Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) **MUDr. Pavel Trunečka, CSc.,** považuje připravovanou novelu zákona o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů za celkově přínosnou, zároveň však plnou komplikující administrativy.

Foto: Leoš Chodura

Jedním z úkolů připravované novely zákona bylo zbavit předchozí zákon nedokonalostí, jež dosud při využití orgánů cizinců české transplantologii komplikovaly činnost. Podaří se novele situaci napravit?
Zákon 285/2002, o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů, znamenal pro transplantační medicínu velký přínos. Řada ustanovení byla funkční a správná, například princip předpokládaného souhlasu. Zákon měl ale jednu obrovskou chybu a ta se týkala cizinců. Paragraf 11 zakazuje odběry orgánů za účelem transplantace od cizích státních příslušníků, pakliže je neupravuje mezinárodní smlouva. Žádná taková smlouva ovšem nevznikla, její vznik nikdo neinicioval. V současnosti tak ztrácíme, podle mého odhadu, ročně asi deset dárců orgánů. To znamená deset krát dvě ledviny, játra, srdce, plíce, pankreas, tedy desítky orgánů, z nichž některé mají dokonce potenciál zachránit lidský život. Ustanovení tohoto paragrafu tudíž stojí lidské životy, což nás velmi trápí.
V důvodové zprávě k tehdejšímu zákonu se nedočteme, proč se zákonodárci takto rozhodli. Česká transplantační společnost ale na problém opakovaně upozorňovala s tím, že je nutné tuto chybu napravit. Zmiňovaná novela ji ale kompletně neřeší. Přikláním se k čistšímu a radikálnějšímu řešení – ustanovení o cizincích ze zákona úplně vypustit.

Jaká je tedy nyní v ČR situace cizinců při darování orgánů?
Cizinec může být zařazen na naši čekací listinu, může dostat orgán od českého dárce, ale sám dárcem být nesmí. To poškozuje nejen zájmy českých čekatelů, které to ve svém důsledku může stát život, ale i zájmy některých zemřelých, kteří by chtěli být dárci orgánů, jsou například nositeli dárcovské karty. Není neobvyklé, že pozůstalí v kritické situaci říkají: „Kdyby mohl být alespoň dárcem orgánů…“ Myslím tím situace, kdy se rodina dozví o náhlém úmrtí svého člena a možnost, že orgány jejich zemřelého blízkého někomu zachrání život, pozůstalým připadá jako určité ulehčení tragické situace.

Jsou cizinci, kteří po zařazení na čekací listinu dostali u vás v IKEM orgán od českého dárce?
Jen ojediněle. Jde například o humanitární pomoc cizincům, v jejichž zemi se takové transplantace neprovádějí. Nebo může jít o cizince, který tady dlouhodobě pracuje, platí si u nás zdravotní pojištění, ale stále má status občana cizí země. Případně je to bývalý český občan, který odešel do zahraničí, ale má k naší zemi trvalý vztah.

Neodeberete ani orgán od cizince, který má dárcovskou kartu ze země původu?
Dle platné právní úpravy nemůže být v České republice dárcem orgánu žádný cizinec. A to ani v případě, že tu pracuje, žije a jeho rodina vyjádří přání, aby dárcem byl. Podle navrhované novely se už člověk s platnou dárcovskou kartou dárcem stát smí, u ostatních je to však možné až po splnění komplikovaných administrativních úkonů.

Novela tedy současnou situaci napraví?
Důvodem vzniku připravované novely bohužel není náprava nedostatků stávajícího zákona. Cílem je sjednotit českou legislativu s evropskou směrnicí 2010/53 EU, která se zabývá podmínkami jakosti a bezpečnosti lidských orgánů odebraných k transplantacím. To na mě působí především jako další zvýšení administrativní zátěže.
Řada zdravotnických pracovišť již přitom funguje v certifikovaném systému kvality (například ISO), ačkoli jim to ještě zákon neukládá – IKEM je ostatně mezi nimi. Novela také zavádí povinnost nových hlášení a záznamů, jež budou transplantačním centrům a nemocnicím přidělávat práci. Nevím, zda je to ve všech případech účelné.

O jaká hlášení jde?
Etické komisi například přibude povinnost nahlašovat Koordinačnímu středisku transplantací (KST) rozhodnutí o souhlasu či nesouhlasu, který musí v souvislosti s dárcovstvím vydat. Novela tak chce zamezit obcházení více etických komisí v případě zamítnutí. Takové nahlašování považuji za zbytečné. Komise je nezávislý orgán a taková povinnost zpochybňuje její kompetence.
Vycházím z praxe u nás v IKEM a vím, že všichni zde chrání proces živého dárcovství před tím, aby byl narušen právním, etickým či jiným pochybením. Samozřejmě ale mohou nastat vysoce sporné situace, které mohou být hodnoceny subjektivně. Pak vyvstává otázka, zda proti rozhodnutí místní etické komise nemá být možnost opravného prostředku či odvolání.

Lze předpokládat, že se v souvislosti s dárcovstvím od cizinců ztíží také koordinace transplantací?
V některých zemích Evropské unie fungují registry podobné českému Národnímu registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Pro odběr orgánu od cizince dává novela lhůtu 72 hodin na zjištění, zda v nich zemřelý není zanesen, a na kontaktování rodiny. Pakliže se totiž do 72 hodin situace nevyjasní, odběr orgánu nelze provést, protože nebyly splněny jeho podmínky. Z praktického hlediska to je velmi problematické ustanovení. Myslím, že čekatelé na transplantace takto budou přicházet o potenciální dárce.

Nebude to řešit KST?
Ano. Nicméně administrativní povinnosti spojené s novelou hodně narostou. KST má na tuto činnost prostředky. Jeho administrativní a koordinační činnost je hrazena ze státního rozpočtu a je to tak v pořádku. Transplantační centra ale žádný příspěvek na administrativu a koordinaci ze státního rozpočtu nedostávají. V tom je velká nerovnováha. Transplantační centra musí vystačit s finančními prostředky ze zdravotního pojištění, kterým je navíc transplantační medicína financovaná velmi nedostatečně.

Novela přináší novinku ve stanovení výše kompenzací při darování orgánů. Pozůstalým zemřelého dárce orgánů náleží 5 tisíc korun za pohřebné. Je to adekvátní suma?
Není možné chtít za dárcovství peněžitou odměnu. Mít z dárcovství finanční prospěch je nepřípustné, neetické a zákaz darování za peníze brání obchodování s lidskými orgány. Trestuhodné ovšem je, že v Česku jde živé dárcovství orgánu ke škodě toho, kdo daruje. A pozůstalí nesou část nákladů za zemřelé dárce sami. Kompenzace by měla pokrýt výdaje spojené s dárcovstvím. Jedním z největších nákladů je například transport zemřelého dárce na místo pohřbu (často jde o velké vzdálenosti) a myslím, že ani připravovaná novela na to nepamatuje. IKEM tyto cesty zemřelých dárců k místu pohřbu hradí, i když to nepřikazuje zákon.

Živým dárcům je odměna vyčíslena jako úhrada 6 týdnů nemocenské. To je přiměřené?
Je dobře, že novela přináší snahu uhradit dárci náklady spojené s darováním orgánu. U žijících dárců má tato částka kompenzovat ušlý finanční zisk nebo příjem a pokrýt prokazatelně vynaložené výdaje spojené s darováním orgánu. Nejde o automatický příspěvek, dárce si o něj musí zažádat a výdaje prokázat. Jenže kompenzace se mají hradit jen do výše průměrného platu v České republice. To je podle mě diskriminační – i dárce, který bere vyšší než průměrný plat, z něj živí rodinu, která je na něm finančně závislá.
Návrh novely zákona je každopádně zatím v připomínkovém řízení, proto doufám, že se podaří některá ustanovení upravit.

Petra Klusáková

Slovensko: Řada nemocnic nenašla prostředky na zvýšení platů lékařů

Ačkoli si slovenští lékaři protestní akcí z konce loňského roku „vybojovali“ navýšení platů, lednová výplatní páska řadu z nich nepotěšila – někteří se totiž dočkali navýšení jen o několik eur, jiným plat dokonce kvůli snížení osobních příplatků ještě klesl.

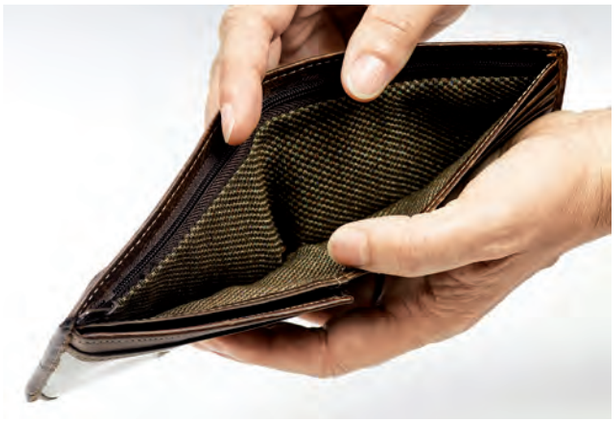
Vyšší mzdy, avšak výrazně nižšího osobního ohodnocení se dočkali například lékaři v nemocnici v Galantě. „Plat se mi zvýšil na 1230 eur, ovšem s osobními příplatky bych měl ještě o 300 eur více,“ uvedl pro deník Pravda jeden z tamních lékařů, jenž si přál zůstat v anonymitě. K podobnému kroku se uchýlila i nemocnice v Lučenci. „Když jsem uviděla výplatní pásku za leden, byla jsem zklamaná. Zdá se mi, že avizované navýšení platů bylo jen prázdným slibem. Proč jsem dostala nižší výplatu, to netuším, žádný nový platový výměr jsem neobdržela,“ podotkla lékařka lučeneckého zařízení, která si rovněž nepřála uveřejnit své jméno.

K paradoxní situaci došlo například v Univerzitnej nemocnici Bratislava – tamním lékařům sice osobní ohodnocení zůstalo, někteří začínající zdravotníci se však platově dostali na úroveň vedoucích pracovníků, jimž se příjem navýšil jen o několik eur. „Starším atestovaným lékařům se plat zvýšil přibližně o pouhých 15 eur. Já jako čerstvě atestovaná jsem to vlastně vyhrála – plat se mi zvýšil až o 300 eur,“ potvrzuje Katarína Gerincová. „Dohodli jsme se proto, že vedoucí dostanou vyšší osobní ohodnocení. Bylo by totiž skutečně nespravedlivé, kdyby měl primář s dlouholetou praxí stejný plat jako nejmladší atestovaný lékař,“ doplnila.

Irelevantní argument

Slovenský ministr zdravotnictví Ivan Uhliarik zdůraznil, že zákon, jenž určuje platy lékařů, platí pro všechny nemocnice. Je rovněž přesvědčen, že vedení každého zdravotnického zařízení by na mzdy mělo finanční prostředky nalézt. Pokud ředitelé řeší navýšení platů škrtnutím osobních příplatků, mají se lékaři podle ministra obrátit přímo na jeho úřad. „V případě, že k takovým situacím dojde, nařídím kontrolu,“ slíbil Ivan Uhliarik.

Nemocnice si stěžují, že na navýšení platů nemají dostatek prostředků. Takový důvod však ministerstvo zdravotnictví odmítá. „Nemocnice dostaly od Všeobecnej zdravotnej poisťovne peníze na vyšší platy, měsíčně je to o 2 miliony eur více. Argumentace nedostatkem financí je proto irelevantní,“ reagovala mluvčí úřadu Katarína Zollerová.



Ilustrační foto: Shutterstock

„Navýšení kryté příjmy od zdravotních pojišťoven nemáme, nicméně nás ještě čekají další jednání. Museli jsme si nyní vzít úvěr,“ uvedl ředitel nemocnice v Lučenci Július Höffer a upozornil, že situace se může ještě zhoršit v dubnu, kdy mají narůst rovněž platy sester. „Ačkoli patříme k několika málo nemocnicím, jež nehospodaří se ztrátou, dostali bychom se do velkých problémů. Na platy sester prostředky mít nebudeme, proto by pro nás jediným řešením bylo propouštění zdravotnického personálu či slučování nebo rušení některých oddělení, na což by ovšem doplatili pacienti,“ upozorňuje Július Höffer.

Pomoc odborů

Pokud nemocnice lékařům nezvýšila plat, mohou se zdravotníci obrátit nejen na ministerstvo zdravotnictví, ale rovněž podat na zaměstnavatele žalobu. Pokud našli na výplatní pásce nižší částku kvůli snížení nebo odebrání osobního ohodnocení, u soudu by neuspěli. Osobní příplatek je totiž nenárokovatelná součást platu. Podle právníka Milana Ficeka je ovšem situace jiná, jestliže vedení zdravotnického zařízení kvůli úsporám započítalo osobní příplatek do základní mzdy. „Na zákonnou mzdu mají lékaři nárok ze zákona, musí být proto ve výši, jež je se zákonem v souladu. Do této základní mzdy není možné započítat osobní příplatek a tím ji ‚dorovnat‘, to by bylo v rozporu s platnou legislativou,“ vysvětlil pro deník Pravda Milan Ficek.

Pomoc lékařům nabízejí odborové organizace. „Předpokládali jsme, že nemocnice nebudou mít na navýšení platu prostředky, a několikrát jsme na to upozorňovali. Je tu ale platný zákon a ten by se měl dodržovat,“ řekl předseda Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb Anton Szalay s tím, že zatím žádnou oficiální stížnost neobdržel. Předseda Lekárskeho odborového združenia Marian Kollár garantoval, že jeho organizace bude při případných problémech s navyšováním mezd spolupracovat s ministerstvem zdravotnictví. „Budeme lékaře zastupovat i po právní stránce,“ ubezpečil Marian Kollár. Rovněž deklaroval, že bude od nové vlády požadovat přijetí zákona o mzdě lékařů, tak jako se to stalo v případě sester a porodních asistentek.

Podle novely zákona schválené koncem loňského roku činí minimální plat neatestovaného lékaře 870 eur, atestovaného 1230 eur.

(Zdroj: Pravda) **Květa Havlová**

Maďarsko masově opouštějí lékaři

Maďarsko čelí rekordnímu odlivu lékařů. Zatímco tamní lékařské fakulty loni opustilo na tisíc mladých lékařů, přibližně 1200 zdravotníků se rozhodlo odejít pracovat do zahraničí.

Podle studie Pétera Balázse ze Semmelweisovy univerzity v Budapešti může maďarské zdravotnictví v nejbližších letech zasáhnout vážná krize. Každý měsíc totiž – především kvůli nevyhovujícímu finančnímu ohodnocení – resort opustí přibližně 100 lékařů, kteří si hledají práci nejčastěji v jiných zemích evropské unie. Péter Balázs navíc upozorňuje, že plná třetina studentů medicíny a čerstvě vystudovaných lékařů nechce pracovat v Maďarsku. V roce 2010 odešlo do důchodu (případně zemřelo) více lékařů, než kolik jich vystudovalo lékařské fakulty. Mezi lety 2006 a 2010 počet maďarských lékařů klesl téměř o 4 tisíce.

O práci v této východoevropské zemi nemají přílišný zájem ani zahraniční zdravotníci. Zatímco v roce 2006 požádalo o udělení licence pro výkon praxe v Maďarsku 169 zahraničních lékařů, o čtyři roky později to bylo pouze 35 zdravotníků.

(Zdroj: abudapest.com) **(kha)**

Rozhodnutí o uveřejnění výzkumů **H5N1** odloženo

Odborníci se na zasedání Světové zdravotnické organizace dohodli, že zatím odloží rozhodnutí, zda budou zveřejněny podrobnosti dvou výzkumů týkajících se viru ptačí chřipky H5N1.

Podle odborníků je před konečným verdiktem, zda se kompletní výsledky obou výzkumných prací budou publikovat, nutné ještě další jednání a diskuse. Jeden ze dvou předních vědeckých časopisů, jež měly původně výsledky výzkumů H5N1 otisknout, již souhlasil s tím, že počká na rozhodnutí akademické obce.

Obě studie, o jejichž uveřejnění se jedná, ukázaly, že virus ptačí chřipky může velice snadno zmutovat ve formu velmi lehce přenosnou mezi lidmi. Kvůli obavám ze zneužití článků bioteroristy zasáhl před uveřejněním výsledků výzkumů americký Národní vědecký poradní výbor pro biologickou bezpečnost (National Science Advisory Board for Biosecurity, NSABB). Jeho postoj však někteří vědci označili za cenzuru a zásah do akademických svobod *(více o tématu v minulém čísle ZDN)*.

Panel 22 vědců a zástupců časopisů Nature a Science, jež měly původně výsledky studií otisknout, se na zasedání v Ženevě shodl, že publikovat pouze část výsledků výzkumů by nemělo význam. Rovněž však uvalil na zveřejnění výsledků studií laboratorně modifikovaného viru H5N1 dočasné moratorium. Delegáti nicméně potvrdili, že výzkum viru ptačí chřipky musí pokračovat. Znovu by se odborníci měli sejít v nejbližších měsících.

(Zdroj: BBC) **(kha)**

Američtí onkologové se obávají **nedostatku methotrexátu**

Dalším léčivem, jež se ve Spojených státech dostalo na seznam nedostatkových, životně důležitých přípravků, je lék používaný mj. při léčbě leukemie u dětí. Onkologové hovoří o nejhorší situaci za posledních 10 let.

Jak upozornil americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA), všech pět farmaceutických společností, které vyrábějí injekční formu methotrexátu, jenž se mimo jiné používá k léčbě akutní lymfoblastické leukemie, produkci přípravku buď snížily, nebo zcela zastavily. Odborníci se obávají, že pokud nebude nedostatek methotrexátu urychleně řešen, může dojít k ohrožení života tisíců dětských pacientů.

Ilustrační foto: Shutterstock

Od krize ke krizi

„Pro nás zdravotníky, kteří pracují s dětskými onkologickými pacienty, je to národní krize," prohlásila farmaceutka hematoonkologického centra při Texaské dětské nemocnici v Houstonu Brooke Bernhardtová.

Podobný názor zastává i dětský onkolog a prezident Americké společnosti klinické onkologie (ASCO) Michael Link, podle něhož některé nemocniční lékárny již v současnosti hlásí kritický nedostatek methotrexátu bez konzervačních látek, jenž se ukázal jako méně toxický a je možné jej aplikovat intratekálně. „Na trhu je několik dalších látek, jež je možné aplikovat intratekálně, ale žádná není tak účinná," upozorňuje dr. Link.

Americké zdravotnictví se v posledních letech potýká s nedostatkem léků pro kardiaky, některými antibiotiky a dalšími skupinami léčiv, přípravky pro onkologicky nemocné však podle Michaela Linka zasahují nemocnice nejvíce. „Tento stav není dlouhodobě udržitelný, nemůžeme neustále žít od krize ke krizi," říká dětský onkolog. Někteří lékaři již museli začít nahrazovat methotrexát jinými léky.

Ekonomické důvody

Každý rok onemocní ve Spojených státech akutní lymfoblastickou leukemií téměř 3 tisíce dětí a mladistvých do 20 let věku. Přibližně 80 % z nich je úspěšně vyléčeno. Podle FDA zatím není vůbec jasné, kdy budou zásoby methotrexátu obnoveny.

Americký prezident Barack Obama vydal v říjnu loňského roku nařízení, podle něhož musí FDA rozšířit systém hlášení potenciálního nedostatku léčiv a zpřísnit kontrolu nad jejich zásobami. „Problém tohoto nařízení tkví ovšem v tom, že jeho okamžitý dopad, tedy vyřešení současné situace, není pravděpodobný," podotýká dr. Link. I když úřad dohlíží nad dodávkami léků, u nichž hrozí nedostatek, nedokáže ovlivnit jejich výrobu – farmaceutické společnosti nemusejí FDA hlásit omezení výroby přípravku. K té se nejčastěji uchylují z ekonomických důvodů – náklady na některé léky totiž mohou významně převýšit zisky z jejich prodeje (týká se to především léčiv, jež jsou dostupná v levnější generické alternativě).

(Zdroj: ABC News) **Květa Havlová**

Údaje o obětech malárie rozdělují WHO a IHME

Malárie si ročně vyžádá více než 1,2 milionu lidských životů, tedy přibližně dvakrát více, než předpokládala poslední studie Světové zdravotnické organizace (WHO).

S tímto údajem přišli v článku uveřejněném v časopise Lancet pracovníci amerického Institute for Health Metrics and Evaluation. Podle autorů článku spočívá zásadní rozdíl v počtu obětí nemoci ve skutečnosti, že většina předchozích výzkumů vycházela především z předpokladu, že malárie zabíjí hlavně malé děti, a své údaje tak zakládala na statistikách o úmrtí dětí mladších 5 let. Jak ovšem pracovníci Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) podotýkají, 42 % zemřelých v důsledku malárie spadalo do vyšších věkových kategorií.

„Většina lékařů se učí, že pokud jsou lidé jako děti vystaveni malárii, vytvoří si proti nemoci imunitu a je u nich jen velmi malá pravděpodobnost, že jí v dospělosti podlehnou. Ovšem údaje, s nimiž jsme se setkali při našem výzkumu, ukazují, že tomu tak není," říká ředitel IHME a vedoucí studie Christopher Murray.

Shoda v poklesu počtu zemřelých

Podle počítačového modelu, který Murrayův tým vypracoval na základě údajů vycházejících ze zdravotnické dokumentace pacientů s malárií, nemocničních záznamů a nejrůznějších předchozích studií, pocházejících z období mezi lety 1980 a 2010, stoupl počet obětí malárie z 995 tisíc v roce 1980 až na 1,8 milionu v roce 2004. V roce 2010 pak počet zemřelých poklesl na 1,2 milionu.

WHO však ve své poslední zprávě hovoří „pouze" o 655 tisících obětí malárie v roce 2010 (tedy o polovinu méně oproti studii IHME). Představitelé WHO již deklarovali, že si za svými výsledky stojí, a označili zprávu IHME za nepřesnou, neboť její autoři údajně často vycházeli pouze z ústních svědectví příbuzných zemřelých, nikoli z laboratorních závěrů o příčině jejich úmrtí atd. Obě studie nicméně vyzdvihují klesající tendenci v počtu obětí malárie v posledních letech a připisují ji především masivnějšímu užívání antimalarik (i když v nejchudších zemích jsou stále nedostatkovým zbožím) či sítí s insekticidy chránících lůžka.

(Zdroj: Reuters) **(kha)**

Německo: Vyšší spoluúčast asi nebude

Mluvčí pacientů při německém ministerstvu zdravotnictví Wolfgang Zöller informoval veřejnost, že šéf resortu Daniel Bahr (FDP) odmítl rozšířit škálu poplatků v systému zdravotní péče.

Koaliční partner – CSU – totiž navrhuje, aby pacienti platili 5 eur za každou návštěvu lékaře. Nyní hradí poplatek u lékaře jen jednou za čtvrt roku. Ministr Bahr se však namísto zvyšování spoluúčasti raději soustřeďuje na přípravu zákona o právech pacientů, a jak zdůrazňuje, půjde rovněž o posílení práv pojištěnců. Pokud jde o tuto chystanou normu, prezident spolkové lékařské komory Frank Ulrich Montogomery uvádí, že návrh zákona v zásadě odpovídá tomu, co ministerstvo projednalo se zástupci lékařů, „a není namířen proti poskytovatelům péče".

Komora tedy nic nenamítá proti zvýraznění práv pacientů formou zákona (namísto stávající Charty práv pacientů), avšak „právníci ještě budou zkoumat některé uvažované definice," uvádí Montgomery. V zákoně bude například zakotvena zásada, podle níž má „při hrubém pochybení v léčbě" důkazní břemeno přejít na lékaře (lékař sám bude muset prokázat, že léčil správně, pacient nemusí jeho pochybení dokazovat). Podle Montgomeryho se bude muset více vysvětlit, co je „hrubé léčebné pochybení".

(Zdroj: www.bmg.bund.de) **(via)**

Němci utíkají soukromým ústavům

Svaz německých veřejnoprávních pojišťoven AOK zaznamenal zvýšený zájem občanů, kteří si pořídili zdravotní pojištění pouze u soukromých pojišťoven, o přechod do veřejnoprávního systému.

Oproti roku 2010 se loni výrazně rozšířil počet těch, kteří chtějí opustit soukromé pojišťovací společnosti – buď už požádali o převod své pojistky k veřejnoprávní pojišťovně, nebo se informují o podmínkách tohoto převodu. „Ne všem se však toto přání vyplní," upozorňuje vedení svazu pojišťoven AOK. „Lidé by si proto měli lépe rozmyslet, zda se skutečně pojistí u soukromé, nebo u veřejnoprávní pojišťovny." U soukromých pojišťoven se již podle AOK začal projevovat nedostatek finančních prostředků, zejména ve vztahu k úhradě léků a nemocniční péče. I to je patrně jedním z důvodů, proč roste počet občanů, kteří od těchto peněžních ústavů utíkají. Vstup do veřejnoprávního systému však není absolutně volný pro všechny zájemce.

(Zdroj: www.aok.de) **(via)**

Inzerce A121002287 ▶

Obří dotace dává vzniknout jedinečné **síti iktových center**

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) podpoří rozvoj komplexních cerebrovaskulárních center (KCC) a iktových center (IC) miliardou korun z evropských fondů. Nemocnice využijí prostředky na technické vybavení, stávající iktová centra techniku přikoupí.

Ministerstvo zdravotnictví podpoří 31 projektů specializovaných iktových a cerebrovaskulárních center. „Do zdravotnictví tak přitečou další finanční prostředky ve výši jedné miliardy korun," uvedl tiskový mluvčí MZ Vlastimil Sršeň. Úřad navazuje na realizovanou podporu traumacenter, onkocenter a kardiocenter, tedy nejnáročnější superspecializované péče. Finanční prostředky resort čerpá z Evropského fondu pro regionální rozvoj prostřednictvím Integrovaného operačního programu. Podpořeny budou nejen největší fakultní a krajské nemocnice, ale i další nemocnice pečující o osoby s cévní mozkovou příhodou nacházející se v bývalých okresních městech, například v Písku, Vyškově, České Lípě či Sokolově.

„Systém center rozlišuje komplexní cerebrovaskulární centra (KCC) jako vyšší a iktová centra (IC) jako nižší stupeň centrové péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou. KCC mají oproti IC navíc především povinnou přítomnost neurochirurgického a neuroradiologického pracoviště. To znamená, že jsou schopna kromě základní intenzivní péče o pacienty s CMP a systémové trombolýzy provádět (mimo jiné) ještě mechanické endovaskulární rekanalizace a neurochirurgické výkony na mozkových cévách," vysvětluje předseda cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti (ČNS) ČLS JEP a primář neurologického oddělení Nemocnice Jihlava MUDr. Ondřej Škoda.

Ilustrační foto: Shutterstock

Sledováním proti korupci

„Vlastní nákupy technického vybavení by měly probíhat formou výběrových řízení na dodavatele jednotlivých přístrojů v každé nemocnici. Vzhledem k nikoli zanedbatelnému objemu finančních prostředků lze jistě očekávat zvýšený zájem dodavatelů. Doufejme, že všechny uvedené mechanismy a současné společenské klima budou dostačující zárukou pro to, aby ve všech zařízeních proběhly nákupy korektně. Poslední slovo, a tedy i odpovědnost bude mít ovšem opět ministerstvo zdravotnictví, které musí tyto nákupy schválit," říká Ondřej Škoda.

Při výběru center MZ posuzovalo efektivnost a účelnost plánovaných nákupů přístrojové techniky a snižovalo výši dotace i technické parametry zdravotnické techniky v případech, kdy nemocnice chtěly nakoupit přístroje vyšší technické třídy, než jaká je pro superspecializovanou péči nutná. „V rámci realizace schválených projektů bude ministerstvo přísně kontrolovat dodržování protikorupční strategie, která stanovuje pravidla pro realizaci veřejných zakázek a je závazná pro fakultní nemocnice. Vzhledem k tomu, že tyto konkrétní prostředky plynou prostřednictvím MZ, bude moci dodržování zmíněných pravidel tentokrát vyžadovat i po zřizovatelích ostatních nemocnic. Mezi nejdůležitější zásady patří použití nejnižší ceny jako jediného hodnoticího kritéria v případě, že je možné přesně nadefinovat předmět zakázky, či možnost dílčího plnění v rámci zakázek tak, aby byla umožněna účast i menších společností a přímých dodavatelů," doplňuje mluvčí Sršeň.

Systémových trombolýz přibývá

Například IC Nemocnice Sokolov dostane z Integrovaného operačního programu na přístrojové dovybavení 20 milionů korun. Za ty pořídí mimo jiné monitory vitálních funkcí, lineární dávkovače nebo lepší defibrilátor. Další přístroje pak dostane specializované rehabilitační oddělení, které vznikne jako součást IC. Stavební část nákladů uhradí nemocnice ze svých zdrojů. Oddělení, které získalo certifikaci od roku 2011, loni ošetřilo 560 pacientů. „Stávajících šest akutních lůžek by se mělo rozšířit na osm až deset, nové rehabilitační lůžkové oddělení bude mít 25 až 30 lůžek. IC má podle parametrů odborných společností pokrýt oblast se zhruba 400 tisíci obyvateli," říká ředitel sokolovské nemocnice David Soukup. Podle vedoucího lékaře IC MUDr. Aleše Nováka počet cévních mozkových případů na sokolovském oddělení postupně stoupá, stejně jako počet systémových trombolýz.

V jihomoravském kraji budou do IC investovat v nemocnicích v Břeclavi a Vyškově. „Nemocnice Břeclav získá v tomto roce 3,7 milionu korun. Díky novým přístrojům se péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou výrazně zlepší. Lidé po mrtvici by měli mít větší šanci na návrat do života bez toho, aby jim zůstaly trvalé následky," uvedl krajský radní odpovědný za zdravotnictví Oldřich Ryšavý (ČSSD).

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze získala na přístrojové vybavení iktového centra 11 milionů korun. Navíc bude do projektu investovat ještě 14 milionů ze svého. „Z finančních prostředků projektu tak bude za téměř 25 milionů pořízen multidetektorový CT, přístroj pro řízenou mírnou hypotermii, biochemický analyzátor, transkraniální ultrazvuk, ultrazvukový přístroj pro vaskulární vyšetřování kontrastní látkou a dva přístroje pro funkční terapii horních končetin," popisuje ředitelka nemocnice Dana Jurásková a dodává, že modernizací a obnovou přístrojového vybavení bude posílen provoz, zvýší se počet vyšetření a tím se zkrátí čekací doby v ambulantním provozu. Očekává také významné zlepšení léčebných výsledků, rozšíření terapeutických možností a zdokonalení rehabilitačních postupů.

Všude ještě rozhodnuto není

V Karlovarském kraji o dotaci teprve žádají. Vznik IC v Karlovarské krajské nemocnici doporučili i zástupci odborných společností. „Je zcela zřejmé, že v jakémkoli kraji musí být při volbě iktového centra upřednostněna krajská nemocnice před ostatními. To je dáno nejen rozsahem péče, kterou krajské zařízení přirozeně poskytuje, ale i tím, že mozková mrtvice může být průvodní komplikací při diagnostických a terapeutických zásazích standardně prováděných jinými obory v krajské nemocnici přítomnými, jako je angiografie nebo závažnější chirurgické, kardiologické či gynekologické zákroky," uvádí předseda České neurochirurgické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Petr Suchomel, Ph.D. Podle jeho názoru může být v jednotlivých krajích i více iktových center, dle referenčního počtu nemocných anebo geografického uspořádání. „Nikdy však z této sítě nemůže být vyjmuta krajská nemocnice," podotýká docent Suchomel, který je zároveň přednostou neurochirurgie Krajské nemocnice Liberec.

Připraveni i v Náchodě

O zřízení iktového centra v Oblastní nemocnici Náchod usilují na Hradecku. Hejtman Královéhradeckého kraje Lubomír Franc (ČSSD) se obrátil na ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), aby ministerstvo s udělením akreditace pro náchodské iktové centrum dále neotálelo. Podle kraje má náchodská nemocnice potřebnou techniku i špičkové zdravotníky, o akreditaci od MZ však zatím rozhodnuto nebylo. „Oblastní nemocnice Náchod je stoprocentně připravena iktový program zajistit. Již nyní má vedle personálního a technického vybavení funkční neurologickou jednotku intenzivní péče, odpovídající pracoviště akutní rehabilitace či návaznost na další pracoviště. Dlouhodobě splňuje všechna ministerstvem požadovaná kritéria," uvedl hejtman. Podle kraje by náchodské iktové centrum mělo sloužit lidem z Náchodska

a Broumovska, ale i Rychnovska. Ve schválené koncepci zdravotnictví kraje je požadavek na zřízení iktového centra také v Oblastní nemocnici Jičín.

Materiální a personální podmínky pro IC

Cerebrovaskulární sekce ČNS předpokládá, že cévní mozková příhoda, která v současné době tvoří třetí nejčastější příčinu úmrtí v České republice, se již v roce 2020 stane vůbec nejčastější příčinou smrti. „Až 80 procent všech cévních mozkových příhod tvoří ischemický mozkový infarkt. Pro optimální léčebné algoritmy a pro bezpečnost léčby je nezbytné léčit v nemocnici s iktovým centrem 300 a více pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou ročně," uvádí se ve stanovisku odborné společnosti. Všichni pacienti s akutní cévní mozkovou příhodou by podle názoru odborníků měli být léčeni na iktových jednotkách, tedy speciálních odděleních, kde se postiženému věnuje soustředěná intenzivní komplexní péče.
Navíc by iktová centra měla léčit nejméně 10 pacientů ročně systémovou trombolýzou. „Počty zavčas přijatých pacientů s mozkovou příhodou vzrůstají od roku 2006, od kdy pomocí systémové trombolýzy léčíme. Ta je v současnosti moderní, neinvazivní a především kauzální léčbou, kterou je možné nemocným s akutní trombotickou mozkovou příhodou poskytnout. Zatímco v roce 2006 jsme evidovali pět takto léčených pacientů, do začátku září letošního roku jich bylo již 33," upřesnil primář neurologického oddělení karlovarské nemocnice MUDr. Igor Karpowicz.

Na jak dlouho budeme centrem

Cerebrovaskulární sekce ČNS také navrhla materiální, technické a personální podmínky vzniku IC. Patří k nim například jednotka intenzivní péče (JIP), nepřetržitá dostupnost laboratorního komplementu (biochemie, hematologie, případně nukleární medicína), rtg a CT nebo MRI. Nejpozději do 24 hodin je nezbytná dostupnost sonografického vyšetření extrakraniálních tepen, optimálně i transkraniální sonografie a katetrizační angiografie.
Certifikát iktového centra resort zdravotnictví uděluje na 5 let. „Cerebrovaskulární sekce ČNS od počátku důrazně požaduje, aby síť KCC a IC byla ve své podstatě otevřená a podrobená pravidelným kontrolám kvality, s nutností periodických auditů. Snažíme se v této věci opět spolupracovat s odborem zdravotní péče MZ, se kterým chceme za spoluúčasti dalších subjektů (včetně plátců zdravotní péče) vytvořit jasně definovaný systém kontroly kvality práce center, s možností sankcí. V krajním případě může být nekvalitní centrum vyřazeno ze sítě a nahrazeno jiným uchazečem, který bude splňovat stanovené podmínky. Jaká bude periodicita auditů, zatím není definitivně stanoveno. Již v letošním roce však několik center musí doložit, jak vyřešila drobnější nedostatky, vytknuté při výběrovém řízení v roce 2010," poukazuje na nutnost vzniku kontrolních mechanismů Ondřej Škoda.

Petra Klusáková

Financování iktových center **stojí na vratkých nohách**

Současný systém financování iktových center se opírá o úhradu DRG. Nelze ale říci, že by toky peněz do – ministerstvem tolik opěvované – sítě superspecializované péče byly jasně stanovené. Nejasná zůstává hlavně úhrada zásadního léku na systémovou trombolýzu.

„Otázku financování činnosti KCC a IC osobně vnímám jako jedno z nejzávažnějších témat. Největším kapitálem center je totiž vysoce kvalifikovaný personál. Věcné vybavení lze dokoupit, vynikající odborníky většinou nikoli – jestliže jednou odejdou, zpravidla už se nevrátí. A výchova nových trvá řadu let," upozorňuje předseda cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP MUDr. Ondřej Škoda, který již dva roky bojuje o nastavení korektních mechanismů pro úhradu péče v iktových centrech s pocitem, že význam těchto pracovišť uniká odpovědným pracovníkům MZ, pojišťovnám i politikům.
„Jak jinak vysvětlit ‚paušálový nihilismus' loňského roku, kdy pojišťovny i ministerstvo na jedné straně slovně uznaly, že péče o diagnózu CMP je podhodnocena, ale místo ochoty k jakékoli nápravě vyzývaly nemocnice, aby si svá centra dotovaly z výdělku jiných oddělení nebo aby zřizovatelé – zejména kraje – přesunuli provozní prostředky do center z jiných nemocnic, jež centra nemají. Pokud vím, žádný zřizovatel to neudělal," rozhořčuje se MUDr. Škoda.

Možnosti tu jsou

V letošním roce lze díky systému DRG, tedy úhradovému paušálu za případ, ve financování péče o pacienty s CMP vidět zlepšení. „Zásadně se sice nezměnila relativní váha těchto diagnostických skupin, ale péče na rehabilitačním lůžku bude oddělena a hrazena jako zvláštní případ, což je nesporně pozitivní prvek. Dále se nabízí možnost zohlednění zvýšené spotřeby zvlášť účtovaných léků a materiálu formou výpočtu takzvaných materiálových *outlierů*," ukazuje možné výhody Ondřej Škoda. Bohužel, už nyní se podle něj začínají v této vyhlídce objevovat povážlivé trhliny. Pojišťovny nechtějí v řadě center nasmlouvat potřebná lůžka jinak než v rámci restrukturalizace, výměnou za zrušení jiných oddělení.

Lék, s nímž si nikdo neví rady

Dalším zádrhelem je rozporuplná kategorizace poměrně drahého léku (Actilyse) užívaného při systémové trombolýze. Dosud byl hrazen dle vykazovacího limitu B, kdy jsou zdravotnickému zařízení ambulantní i ústavní péče léky hrazeny formou zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Podle nové kategorizační vyhlášky je ale zařazen do vykazovacího limitu A, tedy jako zvlášť účtovaný přípravek při výkonu v ambulantní péči. Pojišťovny jej tedy bez problémů proplácejí v ambulantní sféře. Vykázat pojišťovně tento lék podaný při hospitalizaci v IC však nelze. „Lék na systémovou trombolýzu je v itkových centrech započítán do zprůměrované ceny, kam se počítá zákrok, hospitalizace a podané léky. Celkem je to asi 20 tisíc korun. Jenže pouze léky pro takového pacienta nás přijdou na 16 tisíc korun. Je tedy zřejmé, že nemocnice vydá většinu peněz na trombolýzu právě za ně," vysvětluje Ondřej Škoda.

„Vybavení lze dokoupit, odborníky nikoli – jestliže odejdou, už se většinou nevrátí," varuje prim. MUDr. Ondřej Škoda. | Foto: archiv O. Škody

Dohody s pojišťovnami situaci zatím neřeší

Výrobce léku, společnost Boehringer Ingelheim, vidí cestu v jednotlivých dohodách mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnami. „Vlastní úhrada léku a realizace hrazení péče v iktových centrech se odvíjí od smluvního vztahu mezi daným zdravotnickým zařízením a konkrétní pojišťovnou. Vždy zde platí ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, které v § 15 stanoví, že zdravotní péče je během ústavní péče poskytována pojištěncům bezplatně. Pacient se na úhradě léčivých přípravků při hospitalizaci nijak nepodílí. Zvlášť účtované léčivé přípravky podávané pacientům v iktových centrech jsou pojišťovnami vnímány nejen jako ambulantní, ale zároveň jako nemocniční. Tato dualita vyplývá z unikátní povahy iktových center, jež poskytují komplexní péči pacientům s CMP, to jest mnohdy včetně hospitalizace. Přípravek tudíž může být hrazen pojišťovnami při ambulantním ošetření i v rámci ústavní péče," sdělila ZDN své stanovisko společnost Boehringer Ingelheim.
Iktová centra však do smluv s pojišťovnami přílišné naděje nevkládají. „Pojišťovny se zdráhají lék proplácet, protože tvrdí, že ne všichni pacienti v IC trombolýzu vyžadují. Takový přístup by mohl lékaře paradoxně nutit k tomu, aby trombolýzu prováděli méně často a ušetřili na lécích, jež u tohoto zákroku tvoří většinu proplacených nákladů," doplňuje primář Škoda.

Jak z toho ven?

Nabízí se možnost odebrat přípravku Actilyse vykazovací limit A, lék by žádný symbol neměl a úhrada by závisela na dohodách zdravotnického zařízení s pojišťovnami. „O tomto postupu ale zatím nejsem přesvědčen. Ztrátou vykazovacího limitu by sice nemocnice mohly dohodami dospět k úhradě pojišťovnou, ale ambulantní zařízení by přišla o stanovenou úhradu a i ona by musela dohadovat úhrady s pojišťovnami, což není příliš koncepční krok. Nechci je takovým rozhodnutím zbavit jistoty. Zároveň si ale uvědomuji, že většinou se tento lék používá právě při hospitalizacích," uvažuje Ondřej Škoda.
Změnu financování léku by mohl iniciovat i výrobce, tedy společnost Boehringer Ingelheim. Pokud by vyvolal obnovené správní řízení, bylo by možné úhradu léku v kategorizační vyhlášce upravit znovu a lépe.

(klu)

Vzdělávací síť iktových center: **lepší komunikace i edukace**

Od roku 2010 realizuje Masarykova univerzita projekt „Vzdělávací síť iktových center“, který má za cíl vytvořit síť akademických a lékařských pracovišť, platformu pro jejich vzájemnou komunikaci a zajistit edukaci odborníků zabývajících se léčením iktu.

Projekt „Vzdělávací síť iktových center“ je financován Evropským sociálním fondem (jeho rozpočet činí 33 milionů korun) a řeší problematiku spolupráce a síťování iktových center. Při jeho vzniku byla brána v úvahu zejména skutečnost, že cévní mozkové příhody (CMP) tvoří druhou nejčastější kardiovaskulární příčinu mortality u nás a úmrtnost na CMP u lidí ve věku do 65 let je v České republice ve srovnání se zeměmi západní Evropy dvojnásobná. Zároveň v ČR nefunguje spolupráce akademických odborných center a občanských sdružení, která se problematice cévní mozkové příhody věnují, není vytvořena komunikační síť, tudíž neprobíhá transfer znalostí mezi jednotlivými cílovými skupinami ani edukace terciární sféry a komunikace mezi odborníky, kteří se touto tematikou zabývají.

Databáze v souladu s evropskými registry

„Před pěti lety jsme byli osloveni cerebrovaskulární sekcí České neurologické společnosti ČLS JEP, která vznesla požadavek na vytvoření databáze pacientů s CMP. Ukázalo se, že je třeba vytvořit registr, jenž by byl kompatibilní s těmi evropskými a sbíral by data o jednotlivých pacientech,“ říká Ing. Petr Brabec z Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity, podle nějž jde v projektu o získání dat o pacientech, kteří měli skutečně CMP. „Velice často se totiž stává, že například praktičtí lékaři uvedou iktus jako příčinu smrti, a přitom to není prokázáno. Z pohledu statistika to pak vypadá tak, že dosahujeme vysokých čísel pacientů s CMP, ale realita je přitom jiná. Cílem projektu je zpřesnit počet pacientů, kteří skutečně přijdou na iktovou jednotku a skutečně prodělali CMP. Výsledky by měly být využity tak, aby se správně dokázala naplánovat péče, záchyt a jak mají být iktová centra rozmístěna,“ uvádí Petr Brabec.

Komunikační portál pro efektivitu

Cílem projektu je vytvoření sítě akademických a lékařských pracovišť z celé České republiky, propojených komunikačním portálem, který v současnosti funguje na *www.ikta.cz*. Kromě toho je součástí projektu pořádání pravidelných vzdělávacích seminářů a konferencí, které pomáhají při předávání zkušeností, získávání nových poznatků v léčbě a přinášejí aktuální poznatky do výzkumných a vzdělávacích programů univerzit a nemocnic. Cílové skupiny tak získávají možnost komunikovat se svými partnery na mnohem lepší, institucionalizované úrovni, která doposud chyběla. Přidanou hodnotou projektu je možnost zúčastněných zapojit se do inovovaných vzdělávacích kurzů založených na aktuálních datech. „Myšlenka projektu – získání základních informací o pacientech s CMP a jejich šíření – je naprosto inovativní. Zvýší se mimo jiné kvalifikace participujících, zefektivní se pracovní postupy a samozřejmě jejich možnost uplatnění v oboru,“ uvádí se v popisu projektu.

Analýza vychází z registru pacientů

Součástí projektu „Vzdělávací síť iktových center“ je také vytvoření centrálního registru pacientů s CMP, který by se měl stát základnou pro novou formu vzdělávání cílových skupin. Hlavním cílem registru je zaznamenávat a analyzovat epidemiologické a klinické informace o pacientech na území ČR. Tyto údaje a hlavně jejich analýza budou dále aplikovány ve vzdělávání vysokoškolských pedagogů, studentů a lékařů. Registr bude svým designem a strukturou sbíraných dat plně kompatibilní s evropským registrem CMP (European Stroke Database).

„Vytvořili jsme registr, který byl spuštěn již v roce 2008. V průběhu startu jsme začali sbírat pilotní data a po roce udělali první analytický report, který mimo jiné ukázal, že by bylo vhodné, aby byl podpořen nejen sběr dat v centrech, ale také edukace lékařů. Během ustavování iktových jednotek, se totiž zjistilo, že se objevuje například problém malé informovanosti o problému CMP u pracovníků zdravotnické záchranné služby nebo u lékařů v terénu,“ poukazuje Ing. Brabec.

Autoři projektu proto nově přistoupili k definování standardů, *guidelines* a směrnic. Na základě těchto úvah pak podali žádost o projekt na ministerstvu školství a v jeho rámci definovali projekt „Vzdělávací sítě iktových center“, který je nyní financován z Evropského sociálního fondu ESF.

Projekt by měl mít pokračování

Data sbíraná nyní v rámci registru jsou analyzována Institutem biostatistiky a analýz a získané informace budou využity lékařskými institucemi a specialisty podílejícími se na registru výhradně pro vědecké a profesionální lékařské účely. Základem registru je databázový program založený původně na modifikované verzi systému TrialDB, který je vyvíjen v USA na Yaleově univerzitě. *On-line* systém je nově uzpůsoben pro sběr specifických dat pro jednotlivé projekty.

Údaje do registru zadávají lékaři prostřednictvím elektronického formuláře. „Podařilo se nám získat data, která jsou publikačně zajímavá pro pojišťovny i pro ministerstvo. Letos budou vydány dvě publikace, kde budou všechny informace shrnuty, budou zveřejněna reálná čísla, epidemiologické přepočty se dělají až na závěr projektu, do konce roku,“ dodává Petr Brabec.

Spolupráce se zahraničím

Projekt „Vzdělávací sítě iktových center“ nyní tvoří platformu, přes kterou mohou lékaři efektivně komunikovat, pracoviště iktových jednotek zase (kromě plnění databáze v rámci regionů) edukují další lékaře. Na dodávání dat do registru se v současnosti podílí třicet iktových center v České republice – vedle třinácti partnerských pracovišť, která jsou financována z ESF v rámci projektu, je to dalších sedmnáct po celé republice. V registru jsou aktuálně data více než 17 tisíc pacientů a v rámci vzdělávání bylo proškoleno kolem 2 tisíc lékařů.

Pokračováním těchto aktivit by měl být další projekt, který počítá se zahraniční spoluprací. V jeho rámci by měli čeští lékaři dostat příležitost získávat na stážích zkušenosti ze zemí, kde je léčba iktu pokročilejší, a aktivně se účastnit zahraničních konferencí.

David Daniel

Výměna informací v rámci péče o pacienty s CMP **je zcela nezbytná**

Jedno z komplexních cerebrovaskulárních center sídlí i ve FN Brno. Na podmínky jeho vzniku a práce jsme se zeptali přednosty Neurologické kliniky LF MU a FN Brno **prof. MUDr. Josefa Bednaříka, CSc.**

Od kdy centrum ve Fakultní nemocnici Brno funguje?

Komplexní cerebrovaskulární centrum ve Fakultní nemocnici Brno oficiálně funguje od roku 2010. Peče o pacienta v KCC je koordinována oborem neurologie s neurologickou jednotkou intenzivní péče, a to samostatnou nebo v rámci multioborové JIP s vyčleněnými lůžky a personálem pro cerebrovaskulární péči. Pracoviště zajišťuje komplexní diagnostickou, léčebnou a včasnou rehabilitační péči o pacienty s cerebrovaskulárními onemocněními.

Podle jakých kritérií bylo komplexní cerebrovaskulární centrum budováno?

Pokud jde o materiálně technické požadavky, jde o jednotku intenzivní péče (JIP) dle vyhlášky 493/2005, v platném znění (odbornosti 219 nebo multioborové s vymezenými lůžky). Je nezbytná nepřetržitá dostupnost laboratorního komplementu – biochemie, hematologie, eventuálně nukleární medicína, rtg a CT nebo MRI.

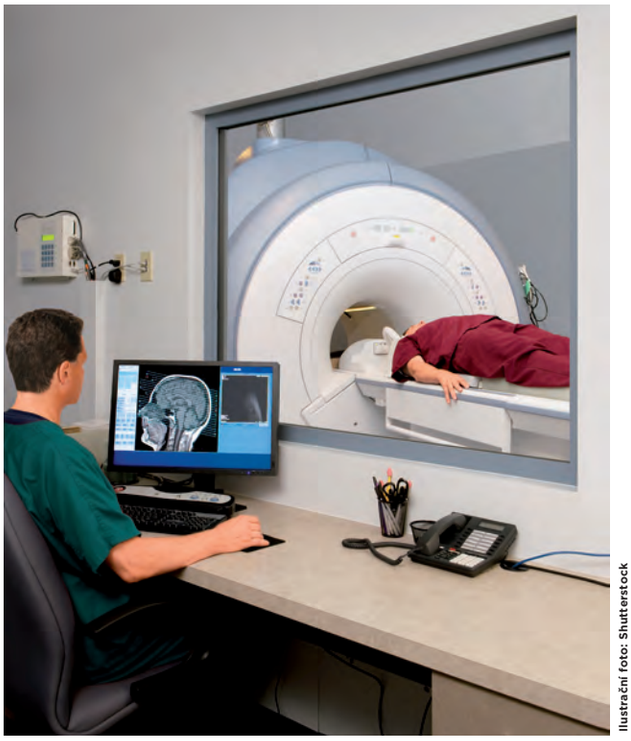
Nejpozději do 24 hodin je nezbytná dostupnost sonografického vyšetření extrakraniálních tepen, optimálně i transkraniální sonografie a katetrizační angiografie. Ultrazvukový přístroj je trvale na iktové JIP, včetně transkraniálního vyšetření MDCT s možností cévního vyšetření. Komplexní cerebrovaskulární centrum má k dispozici magnetickou rezonanci a angiografii s vybavením pro endovaskulární výkony.

A pokud jde o personální požadavky na KCC?

Vedoucím JIP je lékař se specializovanou způsobilostí v oboru neurologie a s erudicí v intenzivní péči, diagnostice a terapii CMP. Pro KCC je přípustný i neurochirurg, požadován je kurz intenzivní medicíny. Pro KCC je třeba nejméně pět neurologů se specializovanou způsobilostí, pět neurochirurgů, neuroradiolog a dva intervenční radiologové. Dalšími členy týmu jsou lékaři s neurologickou spe-

cializací pracující na JIP a specializované sestry, v počtech odpovídajících požadavkům vyhlášky 493/2005, dle počtu smluvních lůžek JIP. Je nezbytná i přítomnost rehabilitačního lékaře a ergoterapeutů, fyzioterapeutů, logopeda, klinického psychologa, internisty či kardiologa se zkušenostmi v intenzivní péči, anesteziologa, odborníků z oborů klinické biochemie, hematologie a mikrobiologie, cévního chirurga, nutričního terapeuta a sociálního pracovníka.

Jaké postavení má cerebrovaskulární centrum v rámci celého zdravotnického zařízení?
Komplexní cerebrovaskulární centrum má vzhledem k vysoké incidenci cévních onemocnění mozku významné postavení ve FN Brno. Jde zhruba o 350 případů na 100 000 obyvatel za rok. Také závažnost tohoto onemocnění je vysoká – je to jedna z vedoucích příčin smrti a invalidizace. V roce 2011 bylo do KCC přijato celkem 847 pacientů s CMP, z toho bylo 610 ischemických iktů.



Ilustrační foto: Shutterstock

Jakou diagnostickou, léčebnou a rehabilitační péči cerebrovaskulární centrum ve FN Brno poskytuje, o jaké výkony se jedná?
Poskytujeme komplexní diagnostiku CMP, to znamená zobrazovací metody (CT, magnetickou rezonanci, ultrazvuk), elektrofyziologická a laboratorní vyšetření. Pokud jde o léčbu, jedná se o trombolýzu intravenózní (IVT), intraarteriální (IAT) a kombinovanou a dále o endovaskulární intervence: mechanická trombektomie (MT), angioplastika se stentem, *coiling* aneuryzmat, vaskulární chirurgie – karotická endarterektomie.

Jak je činnost centra koordinována s neurologickou jednotkou intenzivní péče?
JIP neurologické kliniky je nedílnou součástí komplexního cerebrovaskulárního centra, jsou zde léčeni všichni pacienti se závažnou CMP indikovaní k trombolytické terapii či jiné intervenci, pacienti vyžadující monitoraci vitálních funkcí či ventilační podporu.

Spolupracujete s neurologickými a dalšími lékařskými pracovišti v regionu?
KCC ve Fakultní nemocnici Brno spolupracuje s regionálním iktovým centrem v Břeclavi i s dalším zařízeními poskytující péči o CMP v regionu.

Jaké jsou počty diagnostických a léčebných výkonů v komplexním cerebrovaskulárním centru ve FN Brno?
V roce 2011 bylo trombolyzováno 99 pacientů s ischemickou CMP, přičemž u 21 procent z nich byla provedena endovaskulární intervence (IAT, MT).

Úkolem iktových center je i edukace lékařů a dalších pracovníků. Jak probíhá ve Fakultní nemocnici Brno?
Pravidelně se konají odborné semináře, včetně interdisciplinárních. V rámci spolupráce s pracovníky rychlé zdravotnické pomoci (RZP) jde například o každoroční Brněnské dny přednemocniční péče.

Je podle vás potřebná komunikace a výměna informací tak, jak ji má naplňovat projekt „Vzdělávací síť iktových center“ (komunikační portál na *www.ikta.cz*, vznik registru pacientů...)?
Komunikace a výměna informací všech zainteresovaných složek v rámci péče o CMP je nezbytná. Registr CMP a trombolyzovaných pacientů je dlouhodobě veden na úrovni národní (IKTA) i mezinárodní (SITS – *Safe Implementation of Treatments in Stroke*).

(dad)

Inzerce A121001920

Většina hemofiliků už se nebojí mít děti

Trendem moderní medicíny je léčba hemofilie s využitím rekombinantních přípravků. U nás jsou podávány především dětským hemofilikům, dostává je takřka polovina z nich. Život dospělým i dětským hemofilikům značně zlepšuje také domácí aplikace léků.

Oproti tradiční léčbě na bázi lidské plazmy od dárců, při níž zejména v minulosti bývalo relativně vysoké riziko nákazy především hepatitidou C, je při podávání rekombinantních přípravků prakticky vyloučen přenos infekcí a virových nákaz.

Jak ale ukázal průzkum Českého svazu hemofiliků, který byl realizován v listopadu roku 2011, 67 % hemofiliků ve věku od 19 do 55 let je stále léčeno krevními deriváty z darované lidské plazmy. Téměř 40 % z nich se tak již ve svém životě setkalo s nákazou hepatitidou typu C.

Ke zkvalitnění života hemofiliků přispívá také preventivní profylaktická léčba, která snižuje riziko krvácení a tím i nebezpečí poškození kloubů (nejčastěji koleno, kotník či loket), typické především u starších pacientů.

Vysoké riziko invalidity

Z dotazovaných hemofiliků má 60 % následkem krvácení omezenou hybnost alespoň u jednoho z velkých kloubů. „Cílem terapie by v dnešní době neměla být jen rychlá a efektivní zástava krvácení, ale především komplexní a preventivní péče, která mu může zabránit. Tím se předejde i všem druhotným psychosomatickým poškozením a invaliditě pacienta," uvádí MUDr. Peter Salaj z Centra pro trombózu a hemostázu v Praze.

Způsobená kloubní narušení jsou pro hemofiliky tak zásadní, že 4 z 10 respondentů pobírají částečný nebo úplný invalidní důchod. Stejná část je i držitelem průkazů ZTP nebo ZTP/P. Zatímco ve věkové skupině 19–24 let pobírá plný invalidní důchod jen 5 % hemofiliků, ve skupině 25–35 let je to už 30 %. Ve skupině nad 56 let pobírá plný invalidní důchod 53 % dotazovaných. Hemofilici, kteří jsou zaměstnaní, se samozřejmě velmi snaží, aby jejich zdravotní komplikace neohrozily jejich pracovní výkon. Tři čtvrtiny z respondentů, kteří jsou v pracovním poměru, uvádějí, že za loňský rok ze

Foto: archiv Českého svazu hemofiliků

zdravotních důvodů zameškaly pouze jeden pracovní den.

Profylaxe často jen do 18 let

Značně omezit poškození kloubů přitom pomáhá profylaktická léčba, která je aplikována preventivně ještě před vznikem krvácivé příhody. Podle průzkumu tuto možnost léčby využívá téměř 70 % dětí ve věku od 13 do 18 let. Pacienti věkové skupiny 25–35 let se však s profylaxí setkávají již jen ve 25 % případů. Ve skupině nad 65 let se pak s tímto postupem nikdy nesetkalo 65 % hemofiliků. Ačkoli profylaxe nemocným umožňuje prožívat plnohodnotný a kvalitní život, státem je podporována pouze do 18 let věku.

Krvácení je velmi bolestivé a těžký hemofilik jej prožívá v průměru 22x ročně. V této skupině bývá onemocnění hemofilií zpravidla diagnostikováno záhy po narození (v 68 % případů). Lehkým hemofilikům, které krvácení postihne v průměru 5x ročně, bývá hemofilie diagnostikována až v předškolním věku a celých 60 % z nich nemusí podstupovat žádnou léčbu.

Aplikace léčby v domácím prostředí

Hemofilikům usnadňuje život také domácí nitrožilní léčba. V případě krvácení už nemusejí okamžitě dojet do hematologického centra. Po absolvování odborného proškolení správné aplikace si mohou koagulační faktor podat sami, ve svém prostředí. Léčba tak není jen podstatně levnější, ale i rychlejší a tím účinnější. Podle předsedy Českého svazu hemofiliků PhDr. Vladimíra Dolejše je domácí léčba „malý zázrak". Stoupající tendence využívání domácí aplikace léku je u nás markantní u dětských hemofiliků, například ve věku 6–12 let se týká již 82 % pacientů. Dětem léčbu zpravidla aplikují proškolení rodiče. V pozdějším věku si ji jsou schopny aplikovat i samy. Doma lze dětem i dospělým podávat jak plazmatické, tak rekombinantní koagulační faktory.

Život s hemofilií je díky tomu v dnešní době stále snesitelnější. A ačkoli není jednoduchý, rodiče hemofilických dětí a malí i dospělí hemofilici se s nemocí postupem času naučí žít. To podtrhuje i skutečnost, že 80 % dotazovaných ve věku 19–35 let plánuje mít děti.

Nezanedbávat pozitivní anamnézy

Zejména směrem k praktickým lékařům má MUDr. Salaj zásadní doporučení, jež by měla napomoci k záchytu dosud neléčených hemofiliků: „Především nezanedbávat pozitivní anamnézy, jak přímo u pacienta, tak rodinné. Jde o údaje o zvýšeném sklonu ke krvácení či o zvýšeném krvácení po extrakci zubů. U gynekologů je pak třeba sledovat informace pacientek o enormně silném menstruačním krvácení vyskytujícím se v rodině po generace... Sama pacientka si abnormalitu nemusí uvědomit právě proto, že ‚u nich v rodině je to přece normální'. Lékaři by se měli přestat bát tyto pacienty posílat na hematologická vyšetření. Asi u 20 až 30 procent všech pacientů s hemofilií dochází k onemocnění v důsledku spontánních mutací *de novo*, s negativní rodinnou anamnézou. Porodník, který si všimne, že přestřižený pupečník nepřestává krvácet, možná zrovna odrodil právě takové dítě," uzavírá Peter Salaj.

Jana Jílková

Čeští vědci odhalili příčinu Rotorova syndromu

Unikátní objev dvojice genů, jejichž mutace podmiňují vrozenou a u pacienta trvale přítomnou žloutenku, pomůže lépe odhalit tuto nemoc. Mutace jsou navíc spojeny s riziky při podání některých léků.

Rotorův syndrom je jedním z typů vzácné vrozené žloutenky. Svůj název nese po filipínském lékaři Arturovi Bellezovi Rotorovi, který syndrom s velmi vzácnou prevalencí popsal v roce 1948. Hlavním projevem je trvale přítomná žloutenka, jež bývá mylně připisována neexistujícímu jaternímu onemocnění. Dosud nebyla k dispozici možnost spolehlivého potvrzení diagnózy, ale způsob dědičnosti Rotorova syndromu naznačoval autozomálně recesivní dědičnost, proto se několik vědeckých týmů pokoušelo o nalezení genu, jehož mutace Rotorův syndrom vyvolávají. Objev genu má význam i pro pochopení mechanismu vzniku žloutenky Rotorova typu, který byl zatím nejasný.

Nejde o neškodnou odchylku

Ing. Stanislav Kmoch, CSc., z Ústavu dědičných metabolických poruch 1. LF UK a zástupce přednosty Centra experimentální medicíny IKEM doc. MUDr. Mgr. Milan Jirsa, CSc., nyní oznámili, že jejich týmy objevily u 11 postižených pocházejících z 8 rodin mutace ve dvojici sousedících genů umístěných na krátkém raménku 12. chromozomu. Geny kódují známé přenašečové proteiny organických aniontů. Tyto proteiny se nacházejí výlučně v játrech na cévním povrchu jaterních buněk a zprostředkovávají vychytávání řady látek z krevního oběhu do jater. Mezi tyto látky patří žlučová barviva, žlučové kyseliny, porfyriny, steroidní hormony, hormony štítné žlázy, radiofarmaka a řada běžných léků – penicilinová antibiotika, statiny, methotrexát a metabolity mykofenolátu používaného k potlačení imunity u nemocných po transplantaci orgánů.

Rotorův syndrom byl dosud považován za neškodnou odchylku metabolismu. Skutečnost, že mutace jsou prokazatelně spojeny se závažnými nežádoucími účinky řady léků, jež nemohou být normálně metabolizovány v játrech, naznačuje, že jeho nositelé mohou být vystaveni vážným rizikům i při léčbě běžných onemocnění.

Ing. Stanislav Kmoch a docent Milan Jirsa. | Foto: Leoš Chodura

Prestižní pozvánky

Výsledky jasně ukazují význam výzkumu, kdy studium velmi vzácné geneticky podmíněné metabolické odchylky vede nejen k pochopení vlastní příčiny studovaného jevu, ale současně prohlubuje znalosti základních biologických funkcí a molekulárních mechanismů, které je možno využít k diagnostice či léčbě častých závažných onemocnění.

Význam práce podtrhuje fakt, že týden po zveřejnění práce v elektronické podobě na stránkách časopisu Journal of Clinical Investigation autoři dostali pozvání k přednáškám na prestižních konferencích od Falkovy nadace podporující výzkum nemocí trávicí soustavy a od vědecké komise Evropské asociace pro studium jater. Paradoxem proto je, že finanční podporu projektu odepřely jak Grantová agentura ČR, tak Interní grantová agentura MZ ČR. Studii bylo nakonec možné realizovat díky prostředkům z fondů institucionální podpory výzkumu ministerstev zdravotnictví a školství a na základě spolupráce se zahraničními partnery.

(jj)

Sympozium na téma **trochanterické zlomeniny**

První únorovou sobotu proběhlo v Anatomickém ústavu 1. LF UK 3. klinicko-anatomické sympozium nazvané „Trochanterické zlomeniny“.

Profesor Petr Havránek

Akci pořádal Anatomický ústav ve spolupráci s oddělením ortopedie a traumatologie ÚVN – Klinikou traumatologie pohybového aparátu 1. LF UK a ÚVN Praha.
V jednotlivých přednáškách byla probrána anatomie dospělého i dětského proximálního femuru, zlomeniny proximálního femuru u dětí a dospívajících, epidemiologie zlomenin proximálního femuru, klasifikace trochanterických zlomenin, principy operační léčby včetně přehledu implantátů, operační technika u jednotlivých typů zlomenin včetně ipsilaterálních, zkušenosti s jednotlivými typy implantátů a na závěr i komplikace trochanterických zlomenin.

Závažné komplikace

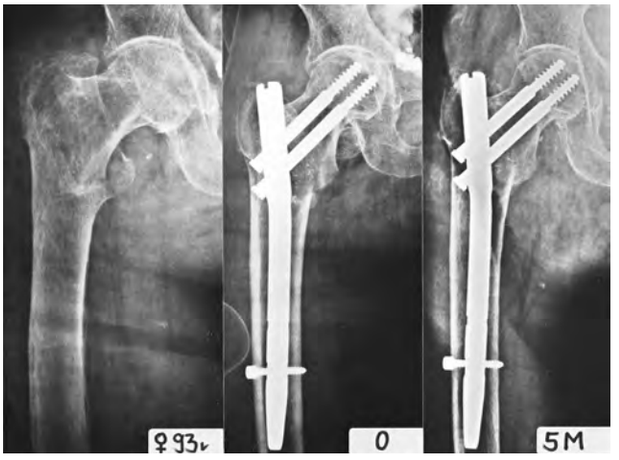
Zlomeniny horního konce femuru u dětí a dospívajících jsou velmi vzácné. Jsou to však traumata doprovázená závažnými komplikacemi, především nekrózou hlavice kosti stehenní. Vzhledem ke svému charakteru by tyto zlomeniny měly být ošetřeny co nejdříve a nejlépe na specializovaném pracovišti. Pokud dojde k rozvoji částečné nekrózy hlavice, lze situaci řešit osteotomiemi v oblasti kyčelního kloubu. Jestliže je však nekróza úplná, nezbývá než provést totální náhradu kyčelního kloubu po ukončení růstu.
Trochanterické zlomeniny u dospělých tvoří více než 50 % všech zlomenin horního konce femuru. Jsou to zlomeniny především 8. a 9. věkové dekády, do které spadá až 70 % všech poraněných. Převládají ženy nad muži v poměru 77 : 23 %. Průměrný věk pacientů--mužů činí 72, průměrný věk pacientek-žen 80 let. Jejich roční počet se v České republice odhaduje mezi 7 a 8 tisíci případů.

Podmínkou úspěchu dokonalá operační technika

Diagnostika nečiní problém, léčba je operační. V 90 % případů se provádí osteosyntéza, v 5 % kloubní náhrada (u artrotických zlomenin). Přibližně 5 % pacientů je léčeno konzervativně, většinou pro kontraindikaci operační léčby. Do měsíce po úrazu umírá přibližně 6 % pacientů, do roka po úrazu pak přibližně 30 % .
Osteosyntéza byla donedávna prováděna tzv. skluzným šroubem, nyní je stále častěji dávána přednost nitrodřeňovým hřebům. Nejčastější komplikací je mechanické selhání osteosyntézy. To je ve většině případů zaviněno nikoli jen osteoporózou, ale i technickou chybou při operaci. Nutno však říci, že trochanterické zlomeniny jsou velmi náročné na dokonalou operační techniku. Méně často se vyskytují komplikace biologické, jako je avaskulární nekróza hlavice či krčku femuru. Téměř všechny komplikace lze úspěšně řešit, pokud to stav pacienta dovolí. Právě celkový stav je však u řady pacientů největším problémem.

Prognostické faktory

Za prognostický faktor lze kromě věku považovat i mentální a fyzické aktivity před úrazem, a to bez ohledu na věk. Pacienti s trochanterickou zlomeninou představují problém nejen léčebný, ale i sociálně-ekonomický. Jen malá část pacientů, cca 20 %, je po operaci propouštěna domů, většinou pouze ti mladší. Starší pacienti vyžadují další hospitalizace nebo překlad do sociálních zařízení.
Všechny tyto aspekty byly probrány nejen v přednáškách, ale i v bohaté diskusi. Sympozium tak významně přispělo ke zkvalitnění léčby těchto problematických zlomenin.
Záštitu nad akcí převzali děkan 1. LF UK Praha prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc, MBA, a ředitel ÚVN Praha prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D. Předsedou sympozia byl prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc., organizačním sekretářem doc. MUDr. Ondřej Naňka, Ph.D. Pozvání k přednáškám přijali přední odborníci na tuto problematiku: prof. MUDr. Petr Havránek, CSc., prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., doc. MUDr. Pavel Douša, CSc., doc. MUDr. Tomáš Pavelka, Ph.D., as. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, Ph.D., a další. Akce se zúčastnilo celkem 155 lékařů a sester z celé České republiky. **(mab)**



Osteosyntéza trochanterické zlomeniny nitrodřeňovým hřebem PFH

Osteosyntéza trochanterické zlomeniny skluzným šroubem DHS

Nejmodernější sítnicová kamera bude sloužit nedonošeným dětem

Oční klinika dětí a dospělých 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol představila nový diagnostický přístroj Retcam 3. Používat jej bude především k diagnostice závažného onemocnění sítnice u předčasně narozených dětí.

Ročně se v Česku narodí 300–400 dětí s porodní vahou pod 1000 g. Nezralé, předčasně narozené děti velmi často trpí retinopatií, může u nich dojít i k úplnému odchlípení sítnice. Klíčová je právě včasná a správná diagnostika tohoto onemocnění, což Retcam umožňuje. Fotodokumentace pořízená novou kamerou je na rozdíl od normálních fotografií a vyšetření očního pozadí trojdimenzionální, takže lékař nevidí jen malý úsek, ale celý obraz očního pozadí. Pořízené fotografie je možné archivovat, srovnávat v čase a odesílat ke konzultaci ostatním odborníkům. Retcam lze využít i u jiných onemocnění, zejména u nádorových afekcí sítnice a dalších anomálií. Vlastní pořízení snímků může provádět i odborně zaškolená sestra. Kvalitní fotodokumentace má rovněž svůj forenzní význam.
Na celém světě je instalováno přes 1000 těchto systémů v 85 zemích. Obdobné přístroje, ale staršího typu, než mají nyní v Motole, jsou už v České republice k dispozici v Brně a Ostravě. **(jj)**

Primář Oční kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol MUDr. Milan Odehnal, MBA, při práci s novým přístrojem. | Foto: archiv FNM

Konference PragueONCO: od reaktivní k proaktivní medicíně

„Lékaři a sestry různých oborů společně proti zhoubným onemocněním“ bylo mottem 3. pražského onkologického kolokvia, které se uskutečnilo pod záštitou Evropské společnosti klinické onkologie (ESMO) ve dnech 26. a 27. ledna v pražském hotelu Clarion.

Cílem letošního kolokvia bylo zlepšit vzájemnou koordinaci jednotlivých lékařských disciplín, které pečují o onkologického pacienta.

Multidisciplinární přístup

„Léčba nádorového onemocnění ztratila lineární směr od intervence chirurga k radioterapeutovi, internímu onkologovi a specialistovi pro paliativní péči. Multidisciplinární léčebný přístup je základem současné onkologické léčby. Rozhodnutí o terapii a časové posloupnosti léčebných modalit připravuje mezioborový pracovní tým. Jedině společná dohoda o léčbě pacienta se zhoubným nádorem může zlepšit výsledky terapie bez zvyšování nákladů,“ řekl na úvod přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

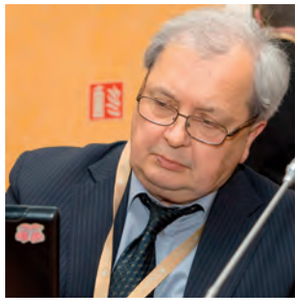
Náklady na onkologickou léčbu totiž narůstají s přibývajícími nemocnými, novými léčebnými možnostmi a přežíváním většího množství pacientů. Ve snaze ušetřit je pak opakovaně skandalizovaná malá účelnost onkologické léčby. Přitom racionální terapie v onkologii je zajištěna každoročně upravovanými standardy onkologické léčby (Modrá kniha), registry nákladné terapie i jasnou představou o vývoji incidence a mortality nádorových onemocnění v rámci dat Národního onkologického registru. „Multidisciplinární rozhodnutí samozřejmě nenahrazuje zodpovědnost každého specialisty v jednotlivých etapách léčby. Nemocný neztrácí svého lékaře a léčba není v nesouladu s konceptem personalizované onkologické péče,“ zdůraznil profesor Petruželka.

Tři zásadní faktory

Možnosti onkologické péče budou stále více ovlivňovat tři zásadní faktory:

1. K dispozici budou stovky nových cílených molekul zasahujících signální struktury, které se podílejí na onkogenezi.
2. Molekulární identifikace rozdílů dříve morfologicky téměř identických nádorů povede k reklasifikaci nádorových onemocnění a nárůstu nových klinicko-patologických jednotek *(orphan molecular diseases)*.
3. Implementace nových biotechnologií umožní zpřesnit předpověď rizika relapsu a předpovědět účinnost vybrané léčby.

Akcelerace rozvoje biotechnologií s sebou přináší revoluční změnu od reaktivní k proaktivní medicíně – tzv. medicíně čtyř P (prediktivní, preventivní, personalizované a participující). „Koncept proaktivního personalizovaného přístupu by měl být v onkologii zahájen co nejdříve a neměli bychom ztrácet čas diskusí, zda má být léčba prováděna jiným než interním specialistou, podle zastaralé představy o primárně postiženém orgánu,“ dodal prof. Petruželka.



Prof. Luboš Petruželka. | Foto: Leoš Chodura

Reaktivní vs. proaktivní medicína

Reaktivní („evidence based“)	Proaktivní („P4“)
Zahájení léčby:	
až po stanovení diagnózy	před klinickými projevy nemoci v presymptomatické fázi
Cíl:	
léčení vzniklé nemoci	zachování komfortního bytí
Informace o nemocném:	
omezené množství dat o nemoci	kompletní informace o jedinci na základě „-omik“: genomika, proteomika, metabolomika…
Léčba nemoci:	
na základě léčebných standardů	individuální personalizovaný přístup
Přístup:	
pouze lékařské informace o zdravotním stavu	filozofie jedinečnosti každého pacienta s respektováním rodinného, sociálního a ekonomického zázemí
Zavádění nových léků:	
na základě výsledků statistického srovnání s dosud užívanou léčbou u neselektované populace nemocných	na základě testování u populace nemocných selektovaných podle biomarkerů

Proaktivní medicína čtyř P

- **Prediktivní:** Prostřednictvím prediktivní genomiky a molekulárních biomarkerů lze odhalit riziko onemocnění před jeho klinickou manifestací.
- **Preventivní:** Vysoce specifická a efektivní terapie může být aplikovaná ještě před objevením se klinické symptomatologie.
- **Personalizovaná:** Diagnostika a léčba prováděná individuálně podle unikátního molekulárního profilu každého jedince.
- **Participující:** Aktivní medicína ze strany pacienta – z pasivního jedince se stane aktivní, spoluodpovědný za své zdraví a spolurozhodující o něm.

Hlavní témata kolokvia

Hlavní témata 3. ročníku konference PragueONCO vedle cílené onkologické léčby:

- multidisciplinární přístup k léčbě karcinomu močového měchýře a novinky v léčbě pokročilého karcinomu prostaty,
- využití cílené terapie ve všech fázích léčby karcinomu prsu,
- multidisciplinární přístup k léčbě karcinomu rekta,
- nové možnosti léčby maligního melanomu, na kom leží zodpovědnost v rámci systémové terapie,
- multidisciplinární přístup k léčbě karcinomu děložního těla,
- nové algoritmy podpůrné léčby hematologických malignit a solidních tumorů.

Zahraniční hosté

Na konferenci vystoupili kromě českých odborníků také zahraniční hosté. Vedoucí oddělení zobrazovacích metod MD Anderson Cancer Center v americkém Houstonu profesor Chaan Ng se ve své přednášce věnoval výběru vhodných zobrazovacích metod u metastazujícího melanomu. Mimo kolokvium profesor Ng navštívil také 1. lékařskou fakultu UK a Všeobecnou fakultní nemocnici, kde se zúčastnil interaktivního semináře věnovaného obtížím diagnostiky karcinomu pankreatu.

Dalším vzácným hostem byl předseda Německé asociace klinické onkologie a přednosta oddělení hematologie a klinické onkologie Univerzity Martina Luthera v Halle-Wittenbergu profesor Hans-Joachim Schmoll. Přednášel o novinkách v léčbě generalizovaného kolorektálního karcinomu s metastatickým postižením jater a zúčastnil se též kulatého stolu s tématem optimalizace léčby kolorektálního karcinomu i v jeho pokročilých stadiích *(viz ZDN 3/2012, s. 18–19)*.

Urologická sekce přivítala profesorku Maike de Wit z Vivantes Klinikum Neukölln v Berlíně, která má zkušenosti s novou cytostatickou léčbou vinfluninem, používanou u karcinomu močového měchýře. Z Berlína přijel také profesor Jalid Sehouli z gynekologické kliniky nemocnice Charité, jehož přednáška byla věnována léčbě maligního ascitu pomocí monoklonální protilátky catumaxomab (Removab).

K aktivnímu vystoupení byli letos přizváni rovněž slovenští kolegové. Předsedkyně Slovenskej chemoterapeutickej spoločnosti docentka Mária Wagnerová z Košic svou přednáškou o cílené léčbě zahájila sekci věnovanou karcinomu prsu. Pravidelným účastníkem kolokvia je předseda Slovenskej onkologickej spoločnosti SLS docent Jozef Mardiak, jehož přednáška byla věnována budoucnosti individualizované léčby maligních nádorů.

Edukativní aktivity, schůzky odborníků

Paralelní program kolokvia zahrnoval paliativní seminář pro praktické lékaře, sesterskou sekci zaměřenou na vzdělávání ve specializovaných odbornostech a pacientskou sekci se zaměřením na dobrovolnictví. Sesterská sekce zaměřená na praktické aplikace teoretických novinek byla doprovázena křtem knihy Michala Vaněčka „Mluv se mnou“. V rámci pacientské sekce bylo prezentováno připravované interaktivní DVD „Průvodce onemocněním nejčastějšími gynekologickými zhoubnými nádory“, jehož odborným garantem je profesor David Cibula z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN. Cílem DVD je poskytnout nemocným s čerstvou diagnózou gynekologických malignit podrobnou informaci o diagnostice i léčebných možnostech a řadu praktických rad.

Významným úkolem onkologických klinik je výchova budoucích kolegů. Kolokvium pokračovalo v tradici soutěže o nejlepší poster s onkologickou výzkumnou tématikou, který je finančně oceněn z prostředků 1. LF UK. Na letošním PragueONCO zvítězil poster „Mutace EGFR u pacientů s NSCL a jejich význam pro predikci efektu léčby tyrosinkinázovými inhibitory“ (O. Fiala a kolektiv z onkologického a radioterapeutického oddělení FN Plzeň).

V průběhu kolokvia proběhla řada schůzí a zasedání komisí, jež využily koncentrace odborníků se stejným zájmem (totiž jak co nejlépe léčit pacienty s malignitou) na jednom místě. Součástí byla i první schůze lékařů pracujících mimo onkologická centra, jež se uskutečnila pod patronátem předsedy České onkologické společnosti ČLS JEP profesora Jiřího Vorlíčka. Smyslem je zlepšit vzájemnou komunikaci s onkologickými centry, odstranit překážky spolupráce a zajistit stejné léčebné možnosti pacientům léčeným primárně v centru i mimo něj.

Aktuální informace o onkologické léčbě jednotlivých nádorů naleznete v Lékařských listech č. 2, jejichž odborným garantem je prof. Vorlíček.

MUDr. Andrea Skálová

Bevacizumab v léčbě **ovariálního karcinomu**

Společnost Roche získala od Evropské komise schválení k používání léku bevacizumab (Avastin) v kombinaci se standardní chemoterapií (karboplatina plus paklitaxel) pro léčbu první linie (následně po léčbě chirurgické) u žen s pokročilým stadiem karcinomu vaječníku.

Rozhodnutí o schválení Avastinu z konce loňského roku je pokládáno za nejvýznamnější pokrok v léčbě žen s nově diagnostikovaným karcinomem vaječníku za posledních 15 let.

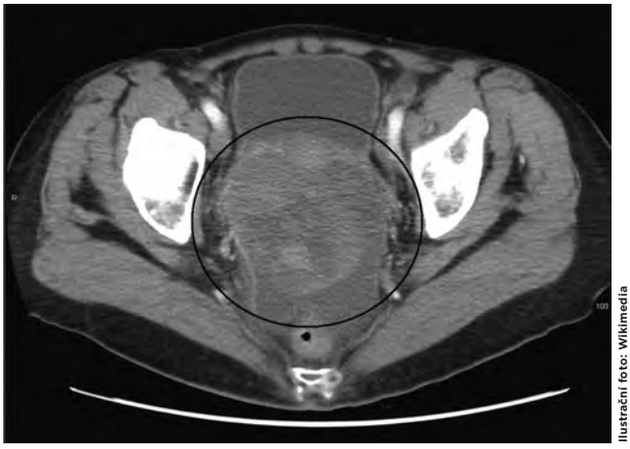
Karcinom ovaria je gynekologické nádorové onemocnění s vysokou úmrtností. Prognóza je nepříznivá – více než polovina žen, u nichž byla nemoc diagnostikována, umírá do 5 let. Příznaky karcinomu bývají nejasné a často mylně vykládané jako příznaky méně závažných nemocí, nejčastěji jako žaludeční a střevní potíže.

V současnosti neexistuje rutinní test, který by dokázal tento karcinom přesně odhalit. U většiny pacientek je tak nemoc zjištěna až v pokročilém stadiu. Léčba karcinomu ovaria zahrnuje operační postup, chemoterapii a biologickou léčbu. Ve většině případů pokročilých stadií však léčba první linie (operace a chemoterapie) nezabraňuje recidivě onemocnění. Obvykle k ní dochází do 15 měsíců od určení diagnózy.

Studie fáze III s bevacizumabem

Bevacizumab je protilátka blokující účinky VEGF (vaskulární endoteliální růstový faktor). Nádory vaječníků jsou bohatě zásobovány krví a mají vysoké hladiny VEGF. Ty jsou spojeny se špatnou prognózou a VEGF, jež je zásadním způsobem zodpovědný za nádorovou abiogenezi, se proto stává hlavním cílem léčby.

Během tří studií fáze III (GOG 0218 a ICON 7 v rámci první linie léčby a OCEANS v případech s relapsem a citlivostí na platinu) bylo u bevacizumabu prokázáno výrazné prodloužení doby přežití bez progrese (PFS). První dvě studie prokázaly, že léčba bevacizumabem v kombinaci s chemoterapií a následná léčba bevacizumabem samotným (po dobu až 15 měsíců u studie GOG 0218 a 12 měsíců u studie ICON7) výrazně prodloužila PFS oproti skupině žen léčených pouze chemoterapií. Studií se účastnily ženy s dříve neléčeným pokročilým nádorem vaječníků, kterým byla operativně odstraněna co největší možná část nádoru.



Ilustrační foto: Wikimedia

Studie GOG 0218 se zúčastnilo 1873 žen. Pacientky, které po chemoterapii v kombinaci s bevacizumabem pokračovaly v léčbě bevacizumabem samotným:

- měly PFS 18 měsíců oproti 12 měsícům v případě skupiny léčené jen chemoterapií,
- měly o 54 % vyšší pravděpodobnost, že budou žít déle, aniž by se nemoc zhoršovala, oproti léčbě samotnou chemoterapií.

Studie ICON7 se zúčastnilo 1873 žen. Pacientky, které dostávaly samotný bevacizumab poté, co jej dostávaly v kombinaci s chemoterapií:

- měly oproti léčbě samotnou chemoterapií o 27 % vyšší pravděpodobnost, že budou žít déle, aniž by se nemoc zhoršovala,
- měly medián přežití bez progrese 18,3 měsíců oproti 16 měsícům v případě skupiny léčené samotnou chemoterapií.

Většina pacientek studie ICON7 měla pokročilé stadium nemoci, ale u některých byla nemoc ve stadiu počátečním. Analýza ukázala, že léčba více prospěla pacientkám v pokročilejších stadiích nemoci.

Další klíčová studie

V USA proběhla studie fáze III **OCEANS**. Zúčastnilo se jí 480 pacientek s karcinomem vaječníků citlivým na platinu. Pacientky dostávaly bevacizumab nebo placebo v kombinaci s chemoterapií gemcitabinem a karboplatinou a následně samotný bevacizumab jako monoterapii nebo samotné placebo, a to až do doby, než nemoc postoupila. Doba mezi užitím poslední dávky chemoterapie na bázi platiny a recidivou pomáhá k určení správné chemoterapie ve druhé linii léčby. Nemoc se označuje za „citlivou na platinu“, jestliže k recidivě dochází později než po 6 měsících od ukončení první chemoterapie platinou.

Studie prokázala, že v porovnání se samotnou chemoterapií léčba bevacizumabem prodloužila dobu, po kterou pacientky s rakovinou vaječníků citlivou na platinu žily, aniž by došlo ke zhoršení nemoci. Výsledky studie OCEANS staví na závěrech dvou předchozích studií a potvrzují klíčovou roli bevacizumabu při léčbě ovariálního karcinomu.

(asa)

Genomika ve službách pacientů s rakovinou

Norsko spustilo pilotní program, při kterém budou výsledky sekvenování genomu jednotlivých pacientů s nádorovým onemocněním uloženy do národního registru zdravotní péče.

Pro sekvenování genomu buněk nádorů jednotlivých pacientů bude využito nejmodernějších sekvenovacích aparatur, jež určí sekvence více než 20 tisíc genů kódujících proteiny, tzv. exom. Lékaři budou pátrat po mutacích a sledovat úspěšnost použité léčby. V první, tříleté fázi projektu bude sekvenován exom asi 3 tisíc biopsií odebraných z nádorů v minulosti. Dále bude sekvenován exom nádorů asi tisíce nově diagnostikovaných pacientů. Ve druhé fázi bude vybudováno technické i personální zázemí umožňující sekvenaci exomu nádoru všech zhruba 25 tisíc pacientů, jimž je v Norsku každoročně diagnostikována rakovina.

Podobné projekty se rozjíždějí i v jiných zemích, např. ve Francii, Velké Británii nebo Spojených státech, ale Norsko je první zemí, která pro tyto účely využije nejmodernější sekvenovací zařízení. Údaje o výskytu mutací v exomu mají už dnes praktický význam, protože je lze zohlednit při volbě vhodné léčby. K dispozici je totiž řada léků, jejichž účinnost je cílena na nádory nesoucí specifickou mutaci. Další podobné léky se vyvíjejí nebo ověřují.

(Zdroj: Norwegian Cancer Genomics Consortium)

(jap)

Vakcína proti **duktálnímu karcinomu**

Tým z Pensylvánské univerzity vedený Brianem Czernieckim testoval vakcínu proti duktálnímu karcinomu *in situ* (DCIS). Vakcína byla cílena na HER2 protein, který je klíčový pro proliferaci buněk DCIS. Jeho eliminace imunitním systémem má přímý efekt na přežívání nádorových buněk.

Do studie bylo zařazeno 27 pacientek s HER2-pozitivním DCIS. Z jejich krve byly izolovány dendritické buňky a ty pak byly v podmínkách *in vitro* aktivovány různými fragmenty proteinu HER2. Následně byly každé pacientce injekčně podány její aktivované dendritické buňky. Injekce byla opakována čtyřikrát v odstupu jednoho týdne. Dva týdny po ukončení imunizace se pacientky podrobily standardnímu chirurgickému zákroku, který měl za cíl odstranění zbývajících nádorových buněk.

Lékaři porovnávali vzorky získané biopsií před vakcinací a vzorky odebrané po vakcinaci při chirurgickém zákroku. U pěti pacientek nezjistili po operaci přítomnost nádorových buněk. U 11 pacientek byl zaznamenán pokles exprese HER2 o více než 50 %. U dalších dvou se snížila exprese HER2 o více než 20 %. HER2-reaktivní CD4 a CD8 lymfocyty byly zjištěny u 85 % pacientek. U některých žen byla prokázána přítomnost těchto lymfocytů ještě 52 měsíců po imunizaci, což je příslibem přetrvávající ochrany před vznikem dalších HER2-pozitivních nádorů.

Vakcína se ukázala jako bezpečná a ženy ji snášely poměrně dobře, bez závažnějších vedlejších účinků. Nejčastěji se u pacientek po vakcinaci projevovala nevolnost, horečka a bolest hlavy.

(Zdroj: Cancer, Journal of Immunotherapy)

(jap)

Možnosti léčby bolesti pohybového aparátu u rizikových skupin revmatologických pacientů

Revmatologické choroby postihují téměř 15 % populace. Často k nim bývá přidružena řada jiných zdravotních problémů doprovázená bohatou polypragmazií. V poslední době se v praxi lékařů vedle stávajících postupů prosazuje inovativní přístup léčby bolesti pohybového aparátu založený na injekčním podání kolagenu. Výsledkem je velmi dobrý účinek ve smyslu analgetického a protizánětlivého efektu i funkčního zlepšení, stejně jako mimořádně pozitivní odezva u pacientů.

Farmakoterapeutické nástroje v revmatologii a jejich limity

A. Analgetika jsou základem léčby revmatické bolesti. Z neopioidních analgetik je lékem první volby při léčbě bolesti zad a osteoartrózy paracetamol. Pro léčbu bolesti je možné zvýšit analgetický účinek paracetamolu slabými opioidy (kodeinem, tramadolem). Opioidy jsou užívány k léčbě chronické bolesti II. a III. stupně podle WHO.

B. Systémová nesteroidní antirevmatika (NSA) – salicyláty, deriváty kyseliny propionové (ibuprofen, ketoprofen), kyseliny fenyloctové (diklofenak) a deriváty sulfonanilidů (nimesulid). Mezi nejčastější nežádoucí účinky NSA patří gastrointestinální obtíže a nefrotoxicita (projevuje se retencí natria a kalia, intersticiální nefritidou, papilární nekrózou). Bez významu není ani hepatotoxicita NSA. Není zanedbatelné, že NSA mohou ovlivňovat krevní tlak. Nízké dávky NSA jsou používány u osteoartrózy jen po omezenou dobu při přítomnosti zánětu, jsou lékem druhé volby u bolesti zad. Efekt NSA u revmatoidní artritidy je pouze symptomatický, NSA snižují bolestivost a ranní ztuhlost, nezpomalují však rentgenovou progresi nemoci. S opatrností by se tyto přípravky měly podávat u hypertoniků, diabetikům na sulfonylureových PAD a u warfarizovaných pacientů.

C. Nová generace NSA (koxiby) má vylepšený gastrointestinální bezpečnostní profil, menší počet endoskopicky zjistitelných lézí i nižší počet závažných komplikací. Tyto léky jsou doporučovány pacientům s vyšším stupněm rizika vzniku NSA-indukované gastropatie.

Foto: archiv prim. Hany Jarošové

Dle prohlášení Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) je však používání koxibů spojeno s rizikem vzniku gastrointestinálních nežádoucích účinků, které je závislé na podané dávce. Relativní riziko je v porovnání s konvenčními NSA nižší, avšak významná a konzistentní výhoda koxibů z pohledu gastrointestinálních nežádoucích účinků nebyla prokázána. Proto se doporučuje zvýšená opatrnost u pacientů z rizikových skupin (starší pacienti, konkomitantní užívání dalších NSA nebo onemocnění gastrointestinálního traktu v anamnéze). Pro všechny koxiby se riziko vzniku gastrointestinálních nežádoucích účinků zvyšuje, jestliže jsou podávány současně s kyselinou acetylsalicylovou (a to i v malé dávce), v porovnání s podáváním samotných koxibů.

Rozdíly mezi protidestičkovou aktivitou jednotlivých NSA a koxibů mohou být klinicky důležité pro pacienty s rizikem tromboembolických komplikací. Data z klinických studií ukazují na trend zvýšeného rizika infarktu myokardu pro celekoxib v porovnání s diklofenakem a naproxenem či pro rofekoxib v porovnání s naproxenem. Pro nedostatek dat není možné vyloučit zvýšené kardiovaskulární riziko i u etorikoxibu, valdekoxibu a parekoxibu.

Velmi vzácně mohou koxiby způsobovat závažné kožní reakce, jako je toxická epidermální nekrolýza, Stevensův-Johnsonův syndrom nebo *erythema exsudativum multiforme*. Pacienti s anamnézou hypersenzitivní reakce na sulfonamidy mají zvýšené riziko vzniku kožních reakcí při užívání koxibů se sulfonamidovou strukturou (celekoxib, valdekoxib, parekoxib).

Všechny koxiby jsou kontraindikovány u nemocných s kardiovaskulárním či cerebrovaskulárním onemocněním, nevhodné je jejich podávání i u nemocných s více rizikovými faktory aterosklerózy (zejména hypertenzí, hyperlipidemií, diabetem mellitem, kouřením). Méně jasná je situace u mladých zdravých osob s nízkým rizikem.

D. Chorobu modifikující antirevmatické léky (DMARDs) tvoří hlavní arzenál léčby revmatoidní artritidy. Celosvětově je přijímán názor, že tyto léky modifikují průběh této nemoci.

a) Antimalarika: Mechanismus účinku není přesně znám. Používají se jako součást tzv. kombinované léčby chorobu modifikujícími léky. V revmatologii se využívají pouze chinolinové deriváty – chlorochin (obvyklá denní dávka činí 250 mg/den) a hydroxychlorochin (200 mg/den). Nejzávažnějším vedlejším účinkem je toxické poškození tkání oka – retinopatie pravděpodobně vzniklá ukládáním solí antimalarik. Tato funkční ztráta je závažná a ireverzibilní, proto je před zahájením léčby nutné vstupní vyšetření oftalmologem a dále v průběhu léčby kontroly očního nálezu v půlročních intervalech. K dalším nežádoucím účinkům patří gastrointestinální intolerance a kožní, neurologické a hematologické změny.

b) Sulfasalazin má protizánětlivé, antibakteriální a imunomodulační účinky. Přesný mechanismus jeho účinku není znám. Denní dávka v indikaci RA činí 2–3 g. I toto léčivo může mít nežádoucí účinky (gastrointestinální intolerance, vzestup jaterních enzymů, projevy hematotoxicity, dermatotoxické jevy, reverzibilní poškození spermiogeneze – je třeba upozornit pacienty s reprodukčními záměry).

c) Methotrexát (MTX) je antimetabolit, který po vstupu do cílové buňky působí jako falešný prekurzor pro enzym dihydrofolát reduktázu, čímž následně blokuje syntézu purinů. Podává se perorálně v týdenních intervalech, dávky se pohybují mezi 7,5 a 20 mg/týden. Lze jej aplikovat také intramuskulárně. Mechanismus účinku MTX má rysy působení jak protizánětlivého, tak imunosupresivního. Nežádoucími efekty jsou gastrointestinální intolerance, hepatotoxicita, hematotoxicita, pulmotoxicita a snížení rezistence vůči bakteriální i virové infekci. Methotrexát se považuje za potenciálně onkogenní a teratogenní, proto nemá být podáván pacientům rizikovým v těchto směrech.

d) Azathioprin je antipurin odvozený od 6-merkaptopurinu. U člověka tlumí tvorbu protilátek a buněčné imunitní reakce, pokud je podán po aplikaci antigenu. Léčba je spojena s poklesem cirkulujících B a T lymfocytů. Je podáván v dávce 100–150 mg/den perorálně. Z vedlejších nežádoucích účinků je to opět gastrointestinální nesnášenlivost, pankreatitida, hepatální léze, útlum kostní dřeně a aktivace endogenních virových infekcí.

e) Cyklofosfamid patří do skupiny alkylačních látek, způsobuje lymfopenii, účinně tlumí mnohé reakce imunity zprostředkované buňkami, B lymfocyty jsou postiženy více než T lymfocyty. Léčba se zahajuje dávkou 100 mg/den perorálně po dobu 3 dnů a dále se pokračuje dávkou 20 mg/den. Vedlejšími nežádoucími účinky jsou hepatopatie, útlum tvorby jednotlivých řad krevních buněk, kožní exantémy, alopecie a teratogenita.

E. Biologická léčba je zatím nejnovějším trendem v terapii RA. Spočívá v hledání možností jak zasáhnout přímo do interakcí buněk imunitního systému prostřednictvím blokády nebo inhibice různých cytokinů a takto blokovat udržování zánětlivého procesu. Využívá se zejména monoklonálních protilátek vůči klíčovým prozánětlivým cytokinům nebo jejich receptorům.

F. Kortikosteroidy jsou v revmatologii široce užívány pro své protizánětlivé a imunosupresivní působení. Vedlejší nežádoucí účinky jsou dostatečně známy. U revmatiků se nejčastěji setkáváme s jejich ulcerogenním a diabetogenním účinkem, významné je též jejich osteoporogenní působení.

Výhodné terapeutické možnosti u vysoce rizikových skupin pacientů

1. Symptomaticky pomalu působící léky při osteoartróze (SYSADOA) mají své místo tam, kde nemocní nemohou užívat nesteroidní antirevmatika. Patří sem chondroitin sulfát, kyselina hyaluronová a diacerein. Nežádoucí účinky chondroitin sulfátu při dlouhodobých studiích nepřekračovaly výskyt nežádoucích účinků pro placebo. Diacerein se řadí mezi bezpečná léčiva, jako nezávažný nežádoucí účinek se uvádí průjem.

2. Collagen MD injekce. Kolagenové injekce nabízejí možnost volby léčby bolesti pohybového aparátu u vysoce rizikových pacientů, jejichž zdravotní stav omezuje využití klasických terapeutických nástrojů v revmatologii z důvodu kontraindikace či nežádoucích účinků při dlouhodobém podávání. Kromě strukturálně působícího kolagenu injekce obsahují další pomocné látky přírodního původu. Cílem je znovu umístit kolagen tam, kde je ho nedostatek, a tak posílit, strukturovat a ochránit chrupavky, vazy, šlachy a kloubní pouzdra. Tím se snižuje hypermobilita bolestivého kloubu, která je častou příčinou vzniku bolestivých stavů. U degenerativních stavů je možné pravidelným podáváním kolagenu zpomalit progresi.
MD injekce se aplikují s. c., i. d., periartikulárně nebo i. a., a to do *trigger pointů* například při artralgii velkých i drobných kloubů horních a dolních končetin, rhizartróze palce, kox- a gonartróze, bolestech zad degenerativního původu, kořenové bolesti, syndromu karpálního tunelu, epikondylitidě, neuralgii trigeminu, bolestivém syndromu ramene či bolesti způsobené osteoporózou hrudní páteře.
Podávají se samostatně, nebo s dalšími léčivy, kde se očekává synergie v působení, např. s viskosuplementací (kyselinou hyaluronovou, HA), kde se dociluje zvýšené lubrikace kloubu podáním HA a strukturálním posílením kloubu pomocí mikrosuplementace kolagenu.
Zásadním benefitem daného terapeutického přístupu je léčba bolesti bez rizika lékových interakcí (kolagen nezasahuje do farmakokinetiky ostatních léčiv, např. warfarinu), bez významných nežádoucích účinků (kolagen je tělu vlastní látka dodávaná v mikrosuplementační dávce), bez alergických reakcí (nebyly zaznamenány ani u polyalergických jedinců). Výhodou kombinované léčby NSA s kolagenem je následné možné snížení spotřeby analgetik.

Zahraniční zkušenosti jsou povzbuzením

Profesor Leonello Milani z Itálie v Praze ošetřil např. 50letou ženu s roky trvajícím chronickým algickým syndromem bederní páteře, s propagací palčivé bolesti do břišní stěny vpravo a pravé inguiny. Jednalo se o postižení *m. psoatus* a jeho úponů, tedy syndrom iliopsoatu. Prof. Milani zvolil kombinaci MD-Muscle s MD-Neural a MD-Tissue aplikovanou hluboko i. m., s. c. a intradermálně do *trigger pointů*.
Slovenský ortoped MUDr. Alexander Murgaš v období 9/2010 – 1/2011 vyšetřil soubor 937 pacientů (294 M a 643 Ž, dg. M54, M53, M17 a M75), z nichž 144 (19 M, 125 Ž; průměrný věk 63 let, nejmladší 19 let, nejstarší 90 let) podstoupilo léčbu MD injekcemi. Výsledkem je pozitivní konstatování, že už po čtvrté, respektive páté aplikaci docházelo ke zmírňování obtíží a ústupu bolestí, signifikantně se zlepšila kvalita života pacientů a v průběhu léčby se nevyskytly žádné závažné NÚ. Zároveň bylo pozorováno významné snížení potřeby užití i celkové spotřeby základní analgeticko-antiflogistické léčby a MD injekce byly tolerovány i polymorbidními nemocnými.
Ve své praxi jsem aplikovala MD injekce pro diagnózy bolestivého syndromu krční a horní hrudní oblasti, syndromu bolestivého ramene, gonartrózy, artrózy drobných kloubů rukou, revmatoidní artritidy (ošetřeno bolestivé postižení s omezeným pohybem drobných ručních kloubů) či koxartrózy, a to s velmi dobrým účinkem již po 4.–5. injekční aplikaci. Dále léčím nemocné s fibromyalgií obstřiky MD-Neural a MD-Muscle do spoušťových bodů *(trigger pointů)* s pozitivním výsledkem na vizuální analogové škále. Zajímavý výsledek byl u bolestivé plantární aponeurózy, která nemocného sužovala více než 2 roky a nereagovala na klasickou léčbu. Po jednom ošetření pacient po dvou dnech sdělil, že cítí velkou úlevu.
V Revmatologickém ústavu v současné době provádíme postmarketingové klinické hodnocení přípravků pro bolestivý syndrom dolních zad. Klinické hodnocení bude čítat celkem 100 ukončených probandů, na jeho výsledky si však ještě musíme počkat.

Literatura u autorky.

prim. MUDr. Hana Jarošová
Revmatologický ústav Praha

Inzerce A121002748

FYZIOLOGICKÁ REGULAČNÍ MEDICÍNA V TERAPII BOLESTI

Přípravky:
MD-Neck
MD-Neural
MD-Thoracic
MD-Lumbar
MD-Ischial
MD-Shoulder
MD-Small Joints
MD-Hip
MD-Poly
MD-Muscle
MD-Matrix
MD-Tissue
MD-Knee

zdravotnický prostředek

Informační servis zajišťuje společnost InPHARM,
CZ: tel.: +420 241 432 133, inpharm@inpharm.cz
SK: tel.: +421 250 221 606, inpharm@inpharm.sk

Benefity:
- Nežádoucí účinky nebyly pozorovány
- Bez lékových interakcí
- Kombinace s analgetiky vede ke snížení jejich spotřeby, a proto i ke snížení nežádoucích účinků

Oblasti použití:
Výše uvedené přípravky pomáhají zmírnit bolest a zlepšit pohyblivost zpomalením fyziologické degenerace kloubů a přidružených tkání, a to vždy v té oblasti, pro kterou jsou určeny. Zároveň zmírňují poškození způsobená stárnutím, nesprávným držením těla, průvodními chronickými onemocněními, poraněními a úrazy.

Statut: zdravotnický prostředek (medical device).

Pozn.: Pro lékaře je k dispozici Manuál léčby bolesti s Guna MD přípravky. Obsahuje nejen způsob použití, dávkování a aplikační body pro jednotlivé indikace, ale také příkladové kasuistiky. Manuál je dostupný na vyžádání zdarma u společnosti inPHARM.

AKTIVNÍ OBRANA

Ovosan

doplněk stravy

podpora funkcí imunitního systému

inhibiční vliv na proteinkinázu C

rozdílné působení ether fosfolipidů ve zdravé a nádorové buňce

Určeno pro lékaře a lékárníky.

Zkrácená příbalová informace:
Název přípravku: Ovosan. **Složení:** V každé kapsli o obsahu 500 mg je 150 mg vaječného extraktu (účinnou složkou jsou biologicky aktivní fosfolipidy BAF®), 350 mg jedlého slunečnicového oleje, max. 1 mg, zbytek tvoří jedlá želatina, glycerol, voda. Energetická hodnota 1 želatinové kapsle o obsahu 500 mg je 23 kJ (6 kcal). Případná usazenina v kapsli není na závadu. **Indikace:** Bylo prokázáno, že biologicky aktivní fosfolipidy BAF® mají velmi selektivní a významný ochranný fyziologický účinek - zvyšují permeabilitu (propustnost) buněčných membrán narušených buněk. Buněčné membrány zdravých, fyziologických buněk naopak podporují a jsou pro ně zcela netoxické. Přípravek OVOSAN je suspenzí biologicky aktivních fosfolipidů BAF®. Posiluje přirozené obranné schopností organismu. Příznivě ovlivňuje psychickou i fyzickou aktivitu. **Kontraindikace:** Kontraindikace nejsou známy. OVOSAN není návykový, neobsahuje konzervační látky ani syntetická barviva. Dlouhodobým sledováním bylo prokázáno, že není toxický pro zdravé buňky organismu. **Upozornění:** Přípravek není určen pro děti do 3 let. Ukládejte mimo dosah dětí. Nenahrazuje pestrou stravu. **Balení:** 30 nebo 90 kapslí o obsahu 500 mg. **Dávkování:** Doporučená denní dávka jsou 2 kapsle; při stavech vyčerpanosti a vážného oslabení organismu až 9 kapslí denně. Kapsle užívejte nejlépe po jídle. Dávkování doporučujeme konzultovat na bezplatné poradenské lince vedené lékařem: **Zelená linka OVOSAN 800 201 207. Zvláštní upozornění:** Je vhodné zajistit zvýšený přívod tekutin (cca 2,5 - 3 litry denně) pro účinnější detoxikaci organismu. Reakcí na vyplavované toxické látky v období detoxikace organismu může krátkodobě být pocit únavy, podrážděnost, bolest hlavy, popř. porucha spánku. Při dlouhodobém podávání (6-8 týdnů) dochází k posílení přirozených obranných schopností organismu. **Skladování:** Uchovejte v suchu při teplotě do 25 ° C. OVOSAN byl schválen Ministerstvem zdravotnictví ČR. V roce 2001 bylo vydáno hlavním hygienikem ČR **rozhodnutí č.j. HEM-350-25.4.01/11472.** V roce 2008 byl Státním zdravotním ústavem ČR vystaven certifikát o zdravotní bezpečnosti s **číslem osvědčení 17469/08** a Ministerstvem zdravotnictví ČR vystaven certifikát pro prodej pod ref. č. 43466/2008. **Výrobce/distribuce:** AREKO, spol. s r. o., Dobronická 635, 148 25 Praha 4, www.areko.eu.

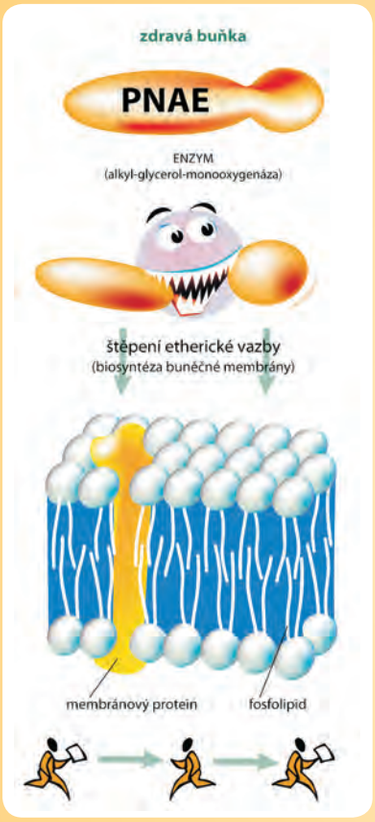
AKTIVNÍ OBRANA

Ovosan

doplněk stravy

Vývoj přípravku

Ovosan je originální český produk s obsahem biologicky aktivních látek, které se vyznačují schopností účinně pomáhat při léčbě a prevenci nádorových onemocnění. Systematický výzkum hlavní substance tohoto přípravku začal počátkem 80. let. V 90. letech na to navázala příprava průmyslové výroby a vroce 1998 se objevilo první balení v kapslích. Zatím je přípravek schválen jako doplněk stravy, stále se však pokračuje v jeho zavedení ve formě léku. Dosavadní výzkumy a studie dávají naději, že tento přípravek může hrát velmi důležitou roli jak v léčbě nádorových onemocnění, tak i při celkovém posilování imunity.



Uvnitř každé buňky jsou přenašeči signálu „second messengers“, díky nimž může buňka optimálně reagovat na vnější podmínky.

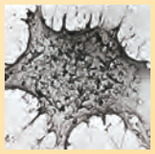
Nerozštěpený PNAE působí na vnitřní přenašeče signálu inhibičně, což vede ke zpomalení buněčných procesů, včetně rychlosti proliferace.

Mechanizmus účinku[1)]

Účinnou látkou je **ether fosfolipid PNAE** (plasmanyl-N-acyl--etanolamin). Jeho působení je založeno a rozdílném metabolismu ether fosfolipidů ve zdravé a v nádorové buňce. Ve **zdravých** buňkách je přítomen enzym alkyl-glycerol-monooxygenáza, který štěpí etherickou vazbu v molekule PNAE. Vzniklé štěpy jsou dále využity pro biosyntézu lipidů a fosfolipidů, které jsou nezbytnou součástí buněčných membrán. V **nádorových** buňkách tento enzym chybí nebo je téměř inaktivní, což vede ke kumulaci ether fosfolipidu PNAE v membránách nádorových buněk. Výsledkem je tuková degenerace membrán nádorových buněk a jejich destrukce, zatímco zdravé buňky zůstávají nepoškozeny.
Dalším pozitivem je **inhibiční působení na proteinkinázu C** (PKC), která se v nádorových buňkách vyskytuje ve zvýšené koncentraci. PKC je vnitřním přenašečem signálu v buňce. Ovlivňuje enzymové systémy, které hrají důležitou roli v regulaci buněčné proliferace. PKC inhibují také další látky s portinádorovým účinkem, např. tamoxifen[2)], adriamycin[3)], calphostin C[4)], které jsou požívány v klinické terapii rakoviny. Na rozdíl od těchto cytostatik nemá kompetitivní inhibice PKC semisyntetickým preparátem PNAE toxické účinky[5)].

Mikrografe lidské nádorové buňky HEp-2 v tkáňové kultuře:

Výběžky (microvilli) na povrchu buňky jsou typické pro živou buňku.



Po 24 hod. působení PNAE (50 µg/ml) jsou patrné otvory v buněčné membráně.

Po působení PNAE (50 µg/ml) po dobu 48 hod. je buněčná membrána značně poškozená, buňka je mrtvá.

Literatura:
1) KÁRA J.: Ether Fsfolipid PNAE proti nádorovým buňkám: Provence a terapie metastáz, 2001. **2)** O´BRIEN C.A., LISKAMP R.M., SOLOMOND D.H., WEINSTEIN I.B.: Inhibition of protein kinase C by Tamoxifen. Cancer res., 45, 2462-2465, 1985. **3)** ZHAO F.K., CHUANG L.F., ISRAEL M, CHUANG R. Y: Adriamycin interacts with diacylglycerol to inhibit human leukemia protein kinase C. Anticancer Research, 9, 225-230, 1989. **4)** KOBAYASHI E., NAKANO H., MORIMOTO M., TMAOKI T.: Calphostin C (UCN – 1028C), a novel microbial compound, is a highly potent and specifik inhibitor of protein kinase C. Biohem. Biophys. Res. Commun., 159, 548-553, 1989. **5)** KÁRA J.: Ether- fosfolipidy v onkologii, Chemické listy 87, 58-63, 1993.

Malé noční **delirium**

Motto: Vyvstanou lžimesiášové a lžiproroci a budou předvádět znamení a zázraky, aby svedli vyvolené, kdyby to bylo možné. *(Marek 13, 22)*

Povstání dluhy neuhradí

„Čeho je moc, toho je příliš!“ nechal se slyšet proslavený soudruh Manolis Glezos, dnes již 89letý inventář pohnutých dějin moderního Řecka. „Vůbec netuší, co je to povstání řeckého lidu. A ten, bez ohledu na ideologii, již povstal!“ Nesoudnost bychom tu taktně omluvili pokročilým věkem, nebýt tato mentalita v Řecku masovým jevem. Uhrazení nestydatých dluhů považují jedni za nárokové jakožto německé odškodné za druhou světovou válku, jiní situaci naprosto nepřípadně přirovnávají k boji za svobodu proti Osmanům. Jakou svobodu? Svobodu dělat lehkomyslné dluhy, lhát a podvádět? Svobodu dojit dokrvava rozedřené vemeno vychrtlého státu ještě daleko velkoryseji, než to děláme dokonce i my v Česku? Svobodu bez odpovědnosti za sebe sama? Co si asi představují lidé zapalující domy a auta, aby tím obhájili své třináctě a čtrnácté platy, ber, kde ber, když rok má jen dvanáct měsíců? Domnívají se, že povstání lidu uhradí dluhy? Povstání není ekonomickou kategorií. Mohu povstávat až do úmoru, ale na účtu mi nic nepřibude. Je mi to natolik zřejmé, že jsem to ani nezkoušel a peníze získávám prací. *Vyfukováním cigaretového kouře do umyvadla s vodou zlato nevzniká. (Jára Cimrman)*

Duchovní klauzura národoveckých autistů

Proč se u nás vzrušovat Řeckem? V globálním světě je to za rohem a dopadne to na nás jako řetězová reakce. Ať chceme, nebo ne, nějakou formou to každý z nás zaplatí. Přímo nebo nepřímo. Žádné rozhodnutí vlády o přijetí či nepřijetí nějakých smluv na tom nemůže nic změnit. Naše vláda na to nemá vliv. Tedy bez uzavření hranic a prohlášení koruny za nesměnitelnou. Neuchrání nás ani falešné a prázdné blábolení o suverenitě. Život v duchovní klauzuře národoveckých autistů mě neláká. „Budu chránit a prosazovat národní zájmy a zájmy občanů proti všem *cizákům a agentům Bruselu*,“ blouzní simplexní populistka Bobošíková na úrovni Národního odporu či KSČM (však je to jedno). Slyším Urválka, nebo generála Gajdu? Nejsem si jist, ale odpovídám citátem Jiřího Gruši: „Jsme sami mezi sebou, můžeme tedy prdět ve společnosti. A taky prdíme.“ Krom toho globální trh pojem suverenita nezná, protože ho nelze zavést jako účetní položku.

MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

Pilulky proti nezvládnutému bažení

Pokud by řecká kauza měla fungovat jako lekce, nejsou to zas tak úplně vyhozené peníze. Protože podobné chyby v uvažování a tendenci k zavádějícím analogiím jeví znepokojivě velká část naší populace, zastoupená hned několika politickými stranami. Mnozí nezvládají ani rodinné finance a nebojí se zadlužit u lichvářských firem daleko za hranice své příjmové reality. Vždyť je to tak snadné! *Carpe diem. Peníze budou a my nebudem.* Nezvládnuté bažení po věcech, jež musí mít teď hned, jinak jejich život ztrácí smysl, je stejně ničivé jako ohnivá voda pro Indiány. Mury sebevražedkyně slétávající se ke světlu. Jak potom mají porozumět státním financím a odpovědně hlasovat u voleb? Snad lépe, kdyby k nim nešli. V televizi (metrová plazma 3D na splátky, jak jinak?) sice už viděli, jak vypadá exekuce, ale ani trošku se nebojí. A když to přijde, hrozně se diví. Tak teď tedy uvidí exekuci celého státu v přímém přenosu. Pokud nic nepochopí, ničemu se nenaučí a rychle se nenakrmí vtipnou kaší, nevidím naši budoucnost nijak zářivě.

Mantra programově rozčilených

Možná to přímo nesouvisí, ale nemohu se ubránit volné asociaci. Lékaři řady krajských nemocnic si teď trpce stěžují, že na rozdíl od nemocnic fakultních nedostali přidáno. Samozřejmě že ne. Jak by také mohli? Stala se zákonitá a jediná možná věc. Bylo to krystalicky jasné už před rokem. Nerozumím takové míře zaslepenosti. A právě zaslepenost je oním hledaným pojítkem. Bláhově žádali peníze na místě, kde nejsou a být nemohou. Věnovali se tak intenzivně svému oboru, že veřejné dění až tak nesledovali? Nechápou systém? Nejsem si jist. Leč to je ten pravý moment, který si vyčíhá jistý typ profesionálních spasitelů. Jako ten zloděj kufrů, který na budějovickém nádraží obral nadporučíka Lukáše. *„Poslušně hlásím, pane ábrlajtnant, že ten člověk nepochybně využitkoval toho, jak jsem vodešel vod zavazadel, abych vám vohlásil, že s našima zavazadlama je všechno v pořádku. Von moh ten náš kufr ukradnout právě jen v takovej příznivej okamžik. Po takovým okamžiku voni pasou.“*

Neznalosti, nepozornosti a nesoudnosti některých z nás tak využilo několik schopných populistů, kteří museli zcela přesně vědět, co dělají: Kladou nesmyslné požadavky na nesmyslném místě. Čistě kvůli kraválu. Spolek programově rozčilených, pohrobci socialismu, štěkající pod nesprávným stromem. No a teď to tedy prasklo: *Ministr neurčuje platy v nestátních firmách. Není k tomu kompetentní. Už nemáme státní zdravotnictví. Socializma už nět. Skončil. Pošel na nemoc šílených volů a skončil v kafilerii.* Pojďme si tuhle mantru opakovat nahlas každý den před spaním, jako se kdysi děti modlily „Andělíčku, můj strážníčku“, aby docvakla už ale skutečně každému. Je nejvyšší čas. Nebo si o nás veřejnost začne myslet, že s námi fakt není něco v pořádku, a definitivně se přesune k šarlatánům, jejichž manipulace se zovou honosným eufemismem „alternativní medicína“.

Okamura-san je virtuální výtvor. Žádné médium už nemůže zůstat pozadu a nezeptat se ho na jeho názor na jakýkoli problém. | Foto: Profimedia

Padouch, nebo hrdina...

„Udělal jsem jedinou a největší chybu své kariéry, když jsem připustil příklon k nepolitické politice,“ komentuje poslanec Šťastný svou účast na instalaci docenta Svobody do funkce primátora. To stojí za rozbor. Bylo to vysloveno jako komentář k probíhající obrodě prohnilé pražské ODS i magistrátu jakožto dvou hlav mnohohlavé saně organizovaného zločinu. Vskutku stupidní je použití pojmu *nepolitická politika*, který měl v ústech Václava Havla (navíc v předrevolučních konotacích) odlišný význam. Vykradači slov mu podložili úplně jiný smysl, čímž se z něho stala bezobsažná nadávka některých kovaných soudruhů z ODS podobně jako *pravda a láska* či *občanská společnost*. Což je v důsledku vážný útok na základní civilizační hodnoty Západu.

Ale pojďme dále: Jestliže očistná, poctivá, transparentní, protikorupční, ale přitom stále nepochybně stranická politika je podle Šťastného *nepolitická*, pak je třeba se ptát, co rozumí tou pravou *politickou politikou*, jejímž je tak horlivým obhájcem. Tu je možný jen jediný závěr: Politickou politikou se logicky musí myslet dokonale nepolitické a nestranické kšefty s korupcí kmotrů, kteří si privatizovali magistrát a s ním i veřejné prostředky napříč stranami. *Padouch, nebo hrdina, vždyť jsme jedna rodina.* K tomu se pan Šťastný hlásí? Je toto skutečně jeho politický program? Že by vskutku byl zastáncem patentovaného systému „Bém-Hulinský-Augiáš“ a dalších dávno provařených jmen známých „podnikatelů“? Těch, kteří přes nastrčené anonymní kyperské firmy hrabali a mlaskali už tak sebejistě a arogantně, v domnění, že jsou nedotknutelní, až si na ty hrábě šlápli? *„Vy jste, Švejku, stupňoval svou pitomost donekonečna, až to všechno katastrofálně prasklo.“ (nadporučík Lukáš)*

Kolikrát se už v dějinách tenhle jednoduchý scénář následků ničím nebrzděné chamtivosti opakoval! Poučil se někdo? Zjevně nikoli. Přesvědčení, že tentokrát už bude chytřejší a že ho nemůžou chytit, je inherentní rys duševní výbavy kriminálních recidivistů od úrovně pouličních vykrádačů aut až do nejvyšších sfér „elit“. V našich poměrech ale často bohužel mají pravdu. Zatímco drobné zloděje pasivní policie ani nechytá (nemá benzín, fax, počítač, chuť ani čas), opravdu velké kriminálníky orgány činné v trestním řízení aktivně kryjí. Nebo donedávna kryly. A kdo krýt nechtěl, těžce to odskákal. Jiní státní zástupci se naopak stali spolupachateli. Tedy rovněž nechutnými kriminálníky. *Padouch, nebo hrdina...*

Jediný problém, který jsme neměli...

Tak jsme po letech dřiny vyřešili jediný problém, který jsme neměli. Totiž metodu volby prezidenta. Bezvýznamná záležitost. Zástupný problém. Množina prázdná. Žádný průnik. Čirá virtuálnost. Principem asi bylo řešit to, co jde, nikoli to, co je třeba. Jen jsme pro nic za nic rozkolísali ústavní systém a zpochybnili jeho dlouhodobou stabilitu. To je hazard s důvěrou, jíž se bolestně nedostává. Připomíná mi to fraj eřinu, jakou předváděli strnulému publiku průkopníci letectví na svých show. Za riskantně nízkého letu (to aby každý platící divák dobře viděl a přišel si na své) vyměňoval na křídle stojící mechanik svíčky v motoru. Tedy naštěstí po jedné. Byla to atrakce kvůli prachům. Naše atrakce děje se kvůli blbosti.

Nyní tedy budeme mít místo problému, který jsme neměli, řadu problémů skutečných. Nastane absurdní kampaň. Co asi nabíd-

nou svým voličům kandidáti na post, z něhož se nevládne? Že budou věnce klást, pera nekrást? Ctít Ústavu? Co přesně bude stát na *blboardech*? Sto tisíc pracovních míst? Reformy? Rozdávání peněz na ulici? Světlé zítřky? Modré z nebe a holubi do huby? Nejsem si jist. Plno lidí funkci prezidenta nechápe. Možná tak vyhraje nějaký šašek. Nevadí. Tu funkci už víc zostudit nelze. Tedy pokud šašek nepřijde z mnichovské pivnice a nebude mít na čele patku a pod nosem směšný knírek.

Kdepak diskuse a politický boj

Riziko je jinde. Proč vlastně politici proti své vůli tenhle nesmysl udělali? Protože lid si to žádá. Vidí v tom spásu. *Vox populi, vox dei*. Ty naivní hlasy rezonují všude. Nedávno to shrnul jistý bodrý muž z lidu na kameru: „Ať už se politici přestanou hádat. Ať už to někdo řídí a jasně říká, co se má dělat.“ Panebože! Po 22 letech posttotalitní občanské výchovy se setkáváme s vnímáním demokracie jakožto „hádání politiků“. Tato úžasná a převratná vymoženost anglosaského původu (stovky let zkušeností, tisíce děkovných dopisů) se hodnotí jako negativum, které je třeba odstranit. Kdepak diskuse a politický boj! Potřebujeme vůdce, nikoli parlament. Lidé žádají od demokracie rychlé výsledky. Ty jsou však stejně neúčinné a riskantní jako rychlé půjčky.

A tady nám konečně leze šidélko z pytlíčku. Právě tenhle způsob myšlení je oním motorem touhy volit přímo prezidenta. Teď ještě ty pravomoci, ale to už se nějak poddá. Když se dost chce, všechno jde. *Osmnáctý brumaire Ludvíka Napoleona*. O dalších výtečnících nemluvě. Populista s davem v zádech dokáže v krátké době deklasovat parlament ze současné úrovně zvláštní školy na úroveň mateřské školky a Ústavou si vytřít zadek. Příklad? Římští císařové a republikánský senát. Sice existoval ještě po celá staletí, až do trpkého konce, ale málokdo o tom věděl. Prostě veteš. Zviditelnil se jen jednou. To když Caligula jmenoval senátorem svého oblíbeného koně. Jméno? Incitatus. Senátor Incitatus.

Čekání na mesiáše

A tady přicházíme k fenoménu všech těch Babišů a Okamurů – dosaďte dle ctěné libosti. Jsou to pouhé symptomy nemoci české společnosti, torpidní opakování týchž chyb, jež vedly k jepičímu úspěchu tragikomických VV. Videoklipová doba spolu se všeobecnou nervozitou a čekáním na mesiáše takovýmto úletům velmi přeje.

Zejména Okamura je virtuální výtvor, psychologická manipulace, systémová chyba ve skupinovém uvažování (*groupthink*). Dílo mediální náhody, která dál zná pouze růst a pozitivní zpětnou vazbu až do konečného kolapsu. Žádné médium teď už nemůže zůstat pozadu a nezeptat se pana Okamury na jeho názor na jakýkoli problém. „*Okamura-san*, co si myslíte o dluhové krizi, používání kondomu, paraglidingu, východní meditaci, genderové otázce, pěstování žížal, gramatice sanskrtu, ucpávání kanálů při dešti?“ Ať řekne jakoukoli nehoráznost, bude tato analyzována, skloňována, časována, integrována, derivována a ve veřejném prostoru se zachová podle zákonitostí každé bubliny. Například té hypotéční. Celá věc je výsledkem selhání elit, jejich intelektuální a mravní sterility. A selhání elit je selháním nás všech. Naše smůla, naše neschopnost. Každému po zásluze. Je to tak spravedlivé. Měli jsme ze svého středu vygenerovat elity jiné. Jaké? No přece elitní, to dá rozum.

Mistrovství v hodu granátem do porcelánu

Bohužel nejsme konsenzuální společnost a nikdy jsme nebyli. Proto jsme tolikrát upadli na ústa. Nemyslím nutně konsenzuální ohledně metody, o té se právě má vést spor („hádání“), ale co se týče cílů. Tedy národních zájmů. Jsme společnost balkánského typu, jenom nemáme jejich kuráž, takže místo zbraní pozvedáme prostředníky a místo krve tu tečou verbální fekálie. Hnědá místo rudé. Většina našich politiků nemá vyvinut taktický a diplomatický talent ani na úrovni recepčního zablešeného hotýlku čtvrté kategorie. Někomu chybí i základy slušného vychování, jemuž moje babička říkala hezky česky *Kinderstube*. Dosahovalo se ho občas i rákoskou, a to s velkými úspěchy. Dnes by to ovšem bylo týrání. Klíčovému sociálnímu procesu by ihned učinila přítrž sociálka. Světlé výjimky zajisté existují, smekám, ale spočítáte je na prstech jedné ruky. Za vrcholnou disciplínu politického umění se tu považuje hod granátem do porcelánu.

Vezměme si jen konflikt vlády s univerzitami. Proč tak zbytečně konfrontační tón? Proč diskusi nahrazuje provokace? Aby se veřejný činitel nejevil spolus(t)raníkům jako slaboch? Já bych se bál, abych se nejevil především jako pitomec. Jenže ono je to všeobecné. Všichni jsme v téhle zemi apriorně podrážděni, agresivní, nedůtkliví, vždy připravení k okamžité a neurvalé odvetě i za drobné šlápnutí na nohu. A to prosím žijeme v nejlepší možné době za posledních osmdesát let. Co bychom teprve dělali, kdyby bylo zle? Padli na zem v křečích? Kormutlivý obraz korunuje pitoreskní prezident, pravý to syn svého národa, který na každou bagatelu reaguje, jako by ho píchli šídlem do zadku. Nemá totiž schopnost odlišit nehodu cyklisty v sousední ulici od zhroucení civilizace (volně podle G. B. Shawa). Je na tom stejně bídně jako my všichni.

Inzerce A121003014

Reprodukční medicína je optimistický obor, **činí lidi šťastnými**

David Daniel
Foto: Martin Ježek

Prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc., vede brněnskou Kliniku pro léčbu neplodnosti a ženských nemocí Unica. Od počátku své lékařské kariéry se zabýval gynekologií a porodnictvím v českých i na zahraničních pracovištích, má za sebou manažerskou praxi ve FN Brno a ve vídeňské Frauenklinik des Landeskrankenhauses. Posledních deset let se věnuje reprodukční medicíně a zařízení pod jeho vedením patří k nejúspěšnějším u nás.

Co vás bavilo jako školáka? Myslel jste už tehdy na medicínu?
Povolání lékaře se mi líbilo, už když jsem chodil do školy, také jsem tehdy ale rád kreslil a celkem se mi dařilo v matematice a deskriptivní geometrii, takže jsem na střední škole uvažoval o povolání architekta. Nakonec se mi však nejvíc zalíbila biologie, účastnil jsem se krajských biologických olympiád a to mě přivedlo k rozhodnutí pro medicínu.

Vaše cesta tedy vedla přímo na lékařskou fakultu?
Když jsem se poprvé hlásil na medicínu, nebyl jsem přijat, neměl jsem totiž zrovna ideální kádrový profil – nemohl jsem uvést, že mám dělnický původ, otec byl technik a matka úřednice. Právě dělnický původ přitom tehdy byl jedním ze základních kritérií pro přijetí na medicínu. Studoval jsem tedy nejprve rok elektrotechnickou fakultu na VUT. Napodruhé mě ale na lékařskou fakultu přijali.

Měl jste jako student lékařství nějaké vzory?
Když jsem studoval na fakultě, působili u nás významní gynekologové, kteří byli nejen velkými odborníky, ale také velkými osobnostmi. Ovlivnili tak nejen mě, ale i řadu kolegů z ročníku a mnozí z nich pod vlivem těchto příkladů pokračovali ve specializaci na gynekologii a porodnictví. Většinou jsme pak zůstali na brněnských klinikách. K našim vzorům na fakultě patřili například profesoři Miloslav Uher nebo Miloslav Uhlíř, ale vliv na nás měli i další vynikající odborníci – primář Oldřich Šikl, profesor Emil Šlot a docent Pavel Matýšek. Ti nám jako medikům velmi imponovali už tím, jak přednášeli, jak vystupovali, jak působili na pacientky… Tehdy jsem si předsevzal, že bych chtěl medicínu dělat tak jako oni.

Jak jste se v profesi lékaře dostal k reprodukční medicíně?
To bylo poměrně složité a trvalo to dlouho – přestože jsem pracoval na klinice, kde se v roce 1982 narodilo první československé dítě ze zkumavky a já se na tom podílel tím, že jsem měřil ultrazvukem reakce vaječníků. Zajímala mě totiž spíš prenatální medicína.
Velmi mě zaujala právě ultrazvuková diagnostika v těhotenství, která se tehdy začala rozvíjet. Kvalita zobrazení se stále zvyšovala a přinášela nové informace o vývoji plodu, ale i nové pohledy na gynekologickou diagnostiku. Mou aktivitu podporovaly i ultrazvukové firmy, a tak jsme měli na klinice stále nejnovější přístroje. Například v roce 1985 jsme začali jako první v Československu vyšetřovat vaginální ultrazvukovou sondou a v roce 1999 trojrozměrným (3D) ultrazvukem. Bavilo mne objevovat vše nové a chtěl jsem také předávat dál zkušenosti a nové vědecké informace. Pro zvýšení erudice lékařů jsem od roku 1991 deset let pořádal postgraduální kurzy ultrazvukové diagnostiky pro gynekology.
Velký význam pro mou profesní dráhu mělo i to, že jsem na začátku 90. let tři roky pracoval

jako vrchní lékař na klinice ve Vídni (Frauenklinik des Landeskrankenhauses, LKH Mödling/Wien) u profesora Paula Risse. Získal jsem tam spoustu zkušeností, k jakým bych se tady dostával jen těžko – jak po odborné, tak po manažerské stránce.

Které odborné oblasti jste se na vídeňské klinice věnoval?
Když jsem vyhrál konkurz na vrchního lékaře, soustředil jsem se zejména na vaginální sonografii v onkologické diagnostice. Výsledky jsem publikoval v prestižních odborných časopisech v Evropě i Spojených státech. Když jsem se pak vrátil do Brna, pracoval jsem jako přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky Lékařské fakulty MU a Fakultní nemocnice Brno v Bohunicích, takže jsem se věnoval celému oboru, ale tíhnul jsem více k perinatologii.

Jak došlo k tomu, že jste místo šéfa kliniky ve FN Brno v roce 2001 opustil?
Zavedl jsem se univerzitní klinice medicínské i manažerské postupy, které jsem poznal v zahraniční, a s tím jsem narazil. Tehdejší ministr zdravotnictví Bohumil Fišer dokonce požádal děkana lékařské fakulty, aby mě zbavil šéfování kliniky.

Co vadilo nejvíc?
Kvůli efektivitě jsem například snížil počet lůžek i počet personálu. V západoevropských zemích je jasné, že nemocnice je nejdražší hotel, takže doba hospitalizace má být co nejkratší. Také je tam snahou provádět vše, co je možné, ambulantně. Ve druhé polovině 90. let jsem se po návratu domníval, že i u nás bude možné změnit systém podle tohoto vzoru a zavedením efektivního zdravotnictví dle *evidence based medicine*, teď už si to nemyslím...

Můžete podrobněji srovnat podmínky pro práci lékaře, jak jste je poznal u nás a v zahraničí?
Jednou z věcí je příprava nových lékařů. V Rakousku jsem se podílel i na jejich výuce. Když ukončí fakultu, jsou v podstatě na stejné úrovni jako naši, brzy ale rakouští kolegové získávají náskok. Je zde totiž obrovský rozdíl v dalším vzdělávání. Důvodů je více. Naši mladí doktoři jsou po promoci v praxi do velké míry zatíženi papírováním, které jim nic nepřináší. V Rakousku se vychází z úvahy, že lékař s obrovskou kvalifikací nemá ztrácet čas psaním formálních věcí do počítače. Mluvené slovo je sedmkrát rychlejší než psané, a tak lékaři vše diktují do diktafonu, z nějž to do počítače přepisuje písařka, jejíž práce je několikrát lacinější než práce lékaře. U nás mladý lékař takřka polovinu pracovní doby stráví psaním. Lékařské zprávy nikdy nediktovali mladí sekundáři tak jako u nás, nýbrž vrchní lékaři, kteří již mohli posoudit, co je významné a co nikoli. Dlouhé zprávy by nikdo nečetl a navíc je zpráva vizitkou pracoviště.

Setkal jste se s podstatnými rozdíly i v řízení?
Myslím, že u nás manažeři snad ani nejsou. V Rakousku se nikdo nemohl stát šéflékařem, aniž by měl roční kurz zaměřený na management, který organizovala rakouská lékařská komora a který si každý doktor platil ze svého. Nebyla to přitom levná záležitost – když jsem se vracel, platilo se za kurz přes 30 tisíc šilinků. Můj šéf mi ale tehdy říkal: „Herr Malý, na vzdělání nikdy nešetřete.“ Lidé, kteří se tam chtěli dostat na vedoucí pozice, se v kurzu naučili například základy krizového managementu, strategii, ale i jednání s lidmi nebo ekonomické myšlení. Prostě vše, co je potřeba pro řídicí funkci. V Česku v manažerských lékařských pozicích vše závisí většinou jen na tom, do jaké míry lidé jsou či nejsou manažersky nadaní, a bohužel je to vidět.

Jak přistupují v Rakousku k efektivitě ve zdravotnictví?
V rakouských nemocnicích nikde není tolik ambulancí jako u nás. Pojišťovnám je totiž jasné, že v řadě nemocničních ambulancí by se dělalo mnoho nepotřebných vyšetření, protože zařízení na tom bude chtít vydělat. My měli na klinice pouze ambulanci pro termínová těhotenství a veškerou další péči zajišťovali ambulantní specialisté. V Rakousku by navíc ambulantní lékaři protestovali, že jim ambulance v nemocnicích berou práci.
Efektivita se uplatňuje všude, i v nemocniční praxi – z nemocnice se odchází domů třetí den po porodu, u nás až pátý. Podobně po operacích. A mohu najít i mnoho dalších obdobných příkladů. V době, kdy jsem vedl univerzitní kliniku, jsem spočítal, že jen v oblasti gynekologie a porodnictví by se dala ušetřit miliarda korun ročně, aniž by to nějak ovlivnilo zdraví žen či novorozenců. To sice není nijak závratná suma, ale kdyby se polovina vložila do systému a polovina vrátila na platy personálu gynekologicko-porodnických pracovišť, bylo by lépe. Dnes od nikoho z českých manažerů zdravotnictví ani od politiků slovo efektivita téměř neuslyšíte. A když, tak jen velmi potichu.

Vraťme se k vaší profesní dráze po ukončení práce na klinice ve Fakultní nemocnici Brno...
Po odchodu z kliniky jsem se v roce 2001 dostal k reprodukční medicíně v podstatě náhodou. Můj přítel profesor Ladislav Pilka mě informoval o situaci na klinice Unica, kde by se dalo pokračovat. Bylo to od roku 1994 první soukromé IVF centrum v České republice, v roce 2001 se však obchodní partneři rozešli a Unica byla na prodej. Po zvážení všech pro a proti jsme ji převzali, koupili budovu, kde nyní sídlíme, a rozsáhle ji zrekonstruovali. V únoru 2002 jsme zahájili činnost, nyní je tomu tedy právě deset let. Během této doby jsme se stali největším IVF zařízením na Moravě a úrovní se můžeme srovnávat s předními evropskými pracovišti. Nadále také úzce spolupracuji s vídeňskou univerzitou a rakouskými i německými kolegy.

Čím si vás reprodukční medicína nakonec získala?
Souvisí to s tím, že celý obor je velmi optimistický. Učiní lidi šťastnými a umožní jim přivést na svět nové děti. A se zkušenostmi z perinatologie jsem v reprodukční medicíně zjistil, že člověka těší ještě víc. Když bez problému těhotná žena porodí, není to až tak velké překvapení, ale když vidím ženy a páry nešťastné z toho, že se jim nedaří mít dítě, a pak jim pomůžeme k otěhotnění a sledují, jak jsou šťastní, je to úžasný pocit. Za těch deset let máme už přes 2 tisíce dětí – každé má dva rodiče a představa 6 tisíc šťastných lidí je opravdu krásná, to už je malé šťastné městečko.

Jak vnímáte odbornou stránku vašeho oboru?
To je druhý aspekt, který se mi velmi líbí. V reprodukční medicíně se objevují stále nové poznatky. Jde o úžasně dynamický obor a dvojnásob v něm platí, že moudrost včerejška je pošetilostí dneška (Němci říkají: *Die Weisheit von gestern ist Dummheit von heute*). Za dobu, co působím v reprodukční medicíně, spousta postupů zastarala a byla opuštěna, objevily se nové, efektivnější a úspěšnost léčby stále stoupá.
Novým trendem je například přenášet jen jedno embryo. Medicína postoupila tak, že při přenosu jednoho embrya nemusí dojít ke snížení úspěšnosti, protože máme k dispozici takové postupy a metody, které pomáhají s větší pravděpodobností najít to pravé zdravé embryo hned napoprvé. Když jsem před deseti lety v této oblasti začínal, měla IVF centra úspěšnost 30 procent, pak jsme se rychle dostali na 40 a dnes je to většinou 50 a více procent v jednom cyklu. Takto markantně pomáhat lidem ke štěstí je velká radost pro mě i pro celý tým.

Jak těžký byl rozjezd vlastní soukromé kliniky?
To je asi nejtěžší oblast, protože v managementu se musíte starat o spoustu věcí, které ve státní sféře přednostové až tak ▸

V době, kdy jsem vedl kliniku ve FN, jsem spočítal, že jen v oblasti gynekologie a porodnictví lze ušetřit miliardu ročně.

nevnímají. V době, kdy jsem řídil univerzitní kliniku, jsem se nestaral o to, jak vše běží v detailech, mým úkolem jako manažera bylo, aby se hospodaření nedostalo do červených čísel, aby běžela výuka, výzkum. Když jsem se stal šéfem vlastní kliniky, ocitl jsem se v úplně jiné situaci – musel jsem si vzít obrovskou hypotéku, vše zastavit a pak splácet. Banky samozřejmě nezajímá, zda máte pacientky a jestli pojišťovny platí. První dva roky byly strašné, zpočátku dluh ještě narostl. Něco takového šéfové v zaměstnaneckém poměru nemají šanci prožít.

A jak jste budoval současný tým?

K tomu, aby pracoviště fungovalo, musíte především vybrat správné lidi. A nejen vybrat, ale i vychovat. Znamenalo to naučit je věci, které se ve státním systému ani naučit nemohli – především komunikovat. Jedním z výrazných negativ českého zdravotnického systému totiž je, že čeští zdravotníci nejsou dostatečně vychovávaní k tomu, aby pacientům naslouchali, mluvili s nimi a vše podrobně vysvětlili. Většinou málo chápou, že pacienti zpravidla nejsou odborníci, takže neposoudí, zda jejich léčba je skutečně správná. Zato všichni pacienti vnímají, jak se s nimi zachází, v jakém jsou prostředí…

Každý v týmu musí vědět, že naší jedinou prioritou je pacient. Ten nás živí a musí odcházet spokojen, i když v léčbě třeba neuspějeme. Naučit sestry i lékaře, že musí v prvé řadě komunikovat s lidmi a být při tom naprosto profesionální, není lehké. Říkám jim třeba, že ať už se jim v osobním životě stane cokoli těžkého, budeme s nimi jako kolegové soucítit a podporovat je, ale pacienti to nesmí poznat. Musí cítit, že my jsme tady pro ně. To bylo to nejtěžší, protože lidé ve zdravotnictví k tomu během studií ani během profesní dráhy většinou nebyli vedeni. Zdravotníci si musí uvědomit, že nemocnice tady není proto, aby měli kam chodit do práce, ale pro pacienty, abychom jim tam mohli pomáhat.

Jaký jste šéf, jaké metody řízení lidí volíte?

Důležité je stanovit základní principy, přimět lidi, aby je pochopili, a podle toho je pak odměňovat. Je to otázka pozitivní motivace, kontroly a motivace na výkon. Moji kolegové mají základní plat a za každý léčebný úspěch jsou placeni navíc, je to ale velmi složité. Především musí všichni automaticky přistoupit na to, že je nutné s pacientem jednat tak, aby byl spokojený, všechno pochopil a odcházel s vědomím, že byl na dobré adrese.

Je také třeba myslet na to, že jsou v týmu i lidé, kteří s pacienty nepřijdou do kontaktu. I s nimi musíme manažersky pracovat, protože jsme všichni vzájemně závislí. Paní, která se stará o květiny a pořádek na chodbách, je stejně důležitou součástí systému jako třeba vedoucí embryoložka. Pacient totiž nikdy neuvidí, jak funguje laboratoř, ale všimne si nepořádku na podlaze. Je to tisíc detailů a všechny hrají důležitou roli, všechny na pacienta působí. Je také jasné, že pacient vnímá v první řadě věci, které většina zdravotníků běžně nepovažuje za významné – úsměv, vlídnost, to, že nemusí čekat…

Vašeho oboru i předmětu podnikání se mimo jiné týká rovněž obecný trend poklesu porodnosti a fertility…

To jsou dvě spolu související kapitoly. Pokles porodnosti do značné míry způsobila skutečnost, že skončily silné ročníky 70. let. Změnilo se ale i socioekonomické chování žen. V roce 1989 činil průměrný věk prvorodičky kolem dvaceti let, v roce 2009 už to bylo o deset let víc. Přibývá žen, které napřed dokončí vzdělání, osamostatní se a teprve pak chtějí dítě, ale přitom je jasné, že biologicky optimální léta už jsou pryč.

Z medicínského hlediska se na trendu projevuje určitý pokles plodnosti u žen, ale ještě výrazněji je to patrné u mužů. Přibývá párů, které mají problém spontánně počít. Tady je důvodů jistě více, ale jako hlavní příčinu poklesu plodnosti vnímám civilizační vlivy. V západní civilizaci žijeme v obrovském blahobytu, platíme za to však tím, že jsme téměř permanentně ve stresu. Další věcí je fakt, že jsme si značně zničili životní prostředí. Také nejíme nic, co by neobsahovalo chemii – konzervanty a podobně.

Výrazně se pak zhoršuje kvalita spermií u mužů, což dokládají údaje WHO. Můžeme to pozorovat i na dárcích spermatu – studentech vysokých škol. Před šesti lety byl akceptovatelný každý pátý mladý muž, letos každý sedmý až osmý. Dnes je situace taková, že 75 procent párů, které mají potíže se spontánním početím, má problém i na straně muže.

Mužský faktor je tedy stále významnější. Když se ale pátrá po příčinách, narážíme na mnoho nejasností – jaký vliv má třeba mobilní telefon v kapse, wi-fi a podobně? K dalším poznatkům z poslední doby patří například zjištění, že plastové láhve nechávají ve vodě určité chemické látky, které ničí zárodečné buňky. Vliv má i to, co dýcháme, pijeme, stres – to jsou nejvýznamnější faktory zhoršování fertility u mužů.

S reprodukční medicínou je spojena i řada etických otázek. Objevují se názory, že jde o zásah do přirozeného běhu věcí…

To je věc názoru. Pokud bychom trvali na tom, že se vše má nechat na přírodě, proč tedy léčíme nemocné rakovinou? Když už medicína něco umí, má tím lidem pomáhat. Z pohledu lékaře říkám, že pokud lidem můžeme pomoci ke štěstí (a to je také součást zdraví), máme pomáhat. Některé věci jsou dány náboženstvím a dalšími aspekty, ale já cítím, že reprodukční medicína dělá dobrou práci.

Jednou z etických otázek je věk žen, do kterého mají být takto léčeny. My už několik let dodržujeme hranici čtyřicet devět let, na ní se již v roce 2005 shodli lékaři na světové konferenci o darování vajíček. V Evropě jsou ovšem pracoviště, kde s vidinou peněz léčí i starší ženy, to ovšem vidím skutečně jako etický problém a jsem zásadně proti.

A co ženy, jež se těsně blíží hranici, kterou ještě akceptujete?

I v případě žen ve věku čtyřicet pět let a více předem říkáme, že jim otěhotnění sice můžeme zajistit, ale musí si uvědomit rovněž zvýšená rizika. Komplikace, které jsou podmíněné těhotenstvím, se u nich mohou objevovat v daleko větší míře – vysoký tlak, problémy s ledvinami, se srdcem a tak dále. Stává se, že část pacientek tyto argumenty uzná, protože do chvíle, než k nám přišly, je nikdo takto neupozornil. Jsou to ale spíš výjimky, většina jich i přes takové poučení říká, že to risknou.

Jaký je váš názor na u nás nelegalizovaný institut náhradního mateřství, surogátní dělohy?

Náhradní mateřství je naštěstí již i u nás považováno za možnou medicínskou pomoc. Jedná se o případy, kdy ženě byla například odstraněna děloha pro karcinom čípku, myomatózu a podobně. V těchto případech rádi pomůžeme. Problém však vidím v nalezení vhodné náhradní matky. To nedokážeme a ze zahraničí jsou známy případy neseriózního jednání některých žen, jež se jako náhradní matky nabídly.

Jak je u vás řešeno nakládání s nepoužitými embryi?

Vzniklá embrya vždy patří léčenému páru a vždy o nich také rozhodují sami pacienti. Nepřenesená embrya, jež si pacienti nechali zmrazit, se buď na přání obou partnerů přenesou, nebo – když si už třeba jen jeden z nich další kryoembryotransfer nepřeje (a nepřeje si ani jejich další uchovávání v kryobance) – jsou rozmražena a zničena. Problém vidím ve zmrazených embryích, o která již jejich majitelé nejeví zájem a nereagují ani na naše písemné dotazy (nebo se naše dopisy vrací jako „adresát neznámý“). Nemůžeme je rozmrazit a zůstávají v kryobance. Je to právní otázka a hodlám se obrátit na právníky. Doufám, že se řešení najde.

S jakými jinými etickými výhradami jste se setkal?

V zahraničí se vedou spory o darování vajíček. Nevnímám to jako kontroverzní a nevím, proč se tam nedebatuje o darování vajíček stejně jako o darování spermií. Je to ovšem spojeno i s jinými otázkami – pro ženu je někdy obtížné vyrovnat se s tím, že dítě nebude mít její geny. Pokud to ale srdcem a duší zpracuje, nevidím v tom problém. Během těhotenství cítí pohyby dítěte, pak jej porodí a kojí, to dítě je její a citový vztah funguje naprosto dokonale. Věřím v epigenetiku, to znamená, že se průběh těhotenství a vlastnosti ženy do jisté míry vtisknou i do budoucího člověka.

Jdou vaše vlastní děti ve vašich stopách?

Mám dvě dospělé děti, ale v mých stopách nepokračují, ačkoli u syna se tím přeruší rodová linie – má pradědečka, dědečka i otce gynekology. Sám se ovšem stal právníkem, protože nesnáší pohled na krev. Dcera je výtvarnice, takže se medicíně nikdo z rodiny dál věnovat nebude.

Jaké koníčky a záliby vám nejlépe pomáhají odpočinout si od medicíny?

Mám velmi pozitivní vztah ke květinám, má zahrada je zahradou čtvera ročních období a působí mi každé ráno velké potěšení, když se na ni dívám. Miluji přírodu a zahrady a zajímá mě zahradní architektura. Kromě toho mám i sportovní hobby – lyžování a golf, tam mám ale velmi špatný handicap. Říká se, že handicap je tím nižší, čím méně času lidé tráví v práci, takže s tím budu muset něco udělat. Kromě toho mám také velmi rád výtvarné umění.

prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
*** 3. dubna 1952 v Brně**

V roce 1978 absolvoval Lékařskou fakultu UJEP (nyní MU) v Brně, druhou atestaci z gynekologie a porodnictví získal v roce 1986. Do roku 1992 pracoval jako lékař a odborný asistent na I. a II. porodnicko-gynekologické klinice v Brně, v témž roce se stal vrchním lékařem Ženské kliniky Zemské nemocnice ve Vídni-Mödlingu. V roce 1993 obhájil disertační práci a získal hodnost CSc. a současně i habilitační práci, čímž se stal docentem gynekologie a porodnictví. Po návratu z Rakouska pracoval od roku 1995 na Porodnicko-gynekologické klinice LF MU a FN Brno v Bohunicích, od roku 1997 byl jejím přednostou. V roce 2001 získal hodnost profesora a současně opustil fakultní nemocnici a stal se přednostou Kliniky pro léčbu neplodnosti a ženských nemocí Unica. V roce 1995 obdržel prestižní Pawlikovu cenu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, od téhož roku je i členem New York Academy of Science. Žije v Brně a má dospělého syna a dceru.

Inzerce A121003073 ▶

Boubelka nebo *modelka*
Každá čte časopis **Dieta**

Akční **sleva**
na **předplatné!**
Nyní jen za **239 Kč!**
Více na www.fitweb.cz

MLADÁ FRONTA

Nemoci našich mocných ve 20. století – IV. část

Pohled na osobnosti našich státníků ve 20. století uzavíráme profily dvou rozporuplných postav, jejichž osudy se vzájemně proplétají – nejprve prezidenta Ludvíka Svobody, který byl více poctivým vojákem než dobrým diplomatem, a v příštím pokračování pak prezidenta Gustáva Husáka, jehož úřad lze přirovnat ke „krejčovskému salónu“ vyspělého dogmatika, jenž své politické kostýmy převlékal až do úplné ochablosti ducha.

V závěrečných dílech, věnovaných posledním vůdcům socialistického Československa, se dostáváme do období zásadních historických změn – první proběhla v roce 1968, za vlády Ludvíka Svobody, druhá v roce 1989, po dlouhých a mrazivých dvaceti letech normalizace, udržované inteligentním vazalem Moskvy JUDr. Gustávem Husákem.

Oba státníci zasáhli významně do vývoje naší společnosti – v případě Ludvíka Svobody nejprve pozitivně, pak (zejména vlivem stáří, únavy a patrně i multiinfarktového onemocnění) spíše negativně. Jak uvádí Jiří Pernes v knize „Takoví nám vládli“ (z níž jsme citovali již v předchozích částech tohoto seriálu), „je také docela možné, že pocit bezmoci, který zakoušel, ho deptal tak silně, že nakonec vedl k jeho vážnému onemocnění“.

Někteří historici uvádějí, že o abdikaci žádal, vědom si svého špatného zdravotního stavu, jiní zase tvrdí, že na své funkci lpěl a svojí autoritou tak podporoval Husákův nemravný režim.

Ludvík Svoboda – od sedlačení na frontu

Český generál Ludvík Svoboda (1895–1979), pocházející ze selské rodiny z moravského Hroznatína, byl dle soudu historiků vždy více vojákem než politikem, přesto nakonec sedm let vykonával vrcholnou státnickou funkci jako prezident ČSSR (1968–1975).

Svoboda nebyl absolventem žádné vojenské akademie, ukončil pouze dvouletou zemědělskou školu, která ho měla připravit pro práci na otcově hospodářství. V březnu 1915 však narukoval – navzdory tomu, že ho den předtím kopl do nohy kůň a musel být ošetřen ve vojenské nemocnici. Přesto byl odveden a nástup na frontu předznamenal jeho celoživotní profesní kariéru.

Za 1. světové války byl příslušníkem československých legií v Rusku, v roce 1920 se vrátil do vlasti a vedl rodinnou usedlost. V roce 1922 se stal aktivním důstojníkem Československé armády. V letech 1931–1934 působil také jako profesor maďarštiny na vojenské akademii v Hranicích. V roce 1939 se podílel na budování vojenské odbojové organizace Obroda národa, odešel do Polska, poté do SSSR, kde se (po vstupu země do války s Německem v roce 1941) stal velitelem 1. čs. samostatného praporu v SSSR, který se následně účastnil frontových bojů a postupně se rozrostl na 1. čs. armádní sbor. Ludvík Svoboda se pak od brigádního generála dopracoval v roce 1945 až na armádního generála. V témž roce se stal ministrem národní obrany a pak zastával i některé vládní funkce.

O Svobodově vlastenectví a oddanosti první republice, myšlence slovanské vzájemnosti a ochotě obětovat se Masarykovým ideám samostatnosti republiky nikdy nebylo pochyb. Vytvoření a obraně republiky zasvětil prakticky celý svůj život. Potvrzují to i paměti maršála Koněva, který jej znal velmi dobře: „Svoboda byl opravdovým lidovým hrdinou, jedním z nejudatnějších lidí, jaké jsem kdy znal, vojákem v nejlepším smyslu tohoto slova.“

Z brigádníka v JZD až na Pražský hrad

Přesto se i „lidový hrdina“ v 50. letech dostal do nemilosti tajné policie NKVD a během procesu s Rudolfem Slánským v roce 1952 byl zatčen a uvězněn. Jak popisuje Vladimír Kadlec ve své knize „Podivné konce našich prezidentů“ (velmi záslužné a ojedinělé historicko-politologické studii, z níž čerpáme většinu uváděných informací), „pobaveně, ale přitom s trpkým úsměvem už jako prezident republiky vyprávěl, jak ho tehdy ve vězení navštívil ministr bezpečnosti generál četnictva Bacílek a při odchodu ‚zapomněl‘ ve vězeňské cele břitvu...“.

Později se Svoboda dozvěděl, že v jeho zájmu intervenovali sovětští maršálové, kteří měli přístup ke Stalinovi.

Dle historika Luboše Kohouta sice unikl soudu, ale ne výslechům o své údajné „zrádcovské“ činnosti (byla mu například připisována spolupráce s Intelligence Service, čelil i obvinění z toho, že záměrně rozestavoval špionážní kádry na nejvyšší armádní místa apod.). Se Svobodou se setkal v roce 1953 ve střešovické nemocnici, kde byl podle jeho slov „po intenzivních výsleších StB ve velmi zbědovaném tělesném a zejména duševním stavu“. Poté byl Svoboda odstraněn z politického a veřejného života i z armády. Nakonec tedy armádní generál, ministr obrany a místopředseda vlády skončil jako účetní JZD v rodném Hroznatíně.

Situace se ovšem zásadně změnila, když do Prahy přicestoval Nikita Chruščov a pokládal za neslušné navštívit ČSSR, aniž by se osobně setkal s generálem Svobodou – hrdinou 2. světové války. Okamžitě po něm bylo „vyhlášeno pátrání“ (nebylo úplně snadné jej nalézt v zapadlé moravské vesničce). Tímto byl otevřen Svobodův návrat do politiky (následně působil jako náčelník Vojenské akademie v Praze, člen předsednictva Národního shromáždění aj.), a když byl po vynucené abdikaci prezidenta Novotného v březnu 1968 hledán kandidát na prezidentskou funkci, tehdejší první tajemník ÚV KSČ Alexandr Dubček navrhl na tento post právě generála Svobodu. Návrh byl v Národním shromáždění přijat jednomyslně. Svoboda vystřídal Novotného na Hradě, Novotný Svobodu v jeho dočasné bezvýznamnosti a zapomnění. Pro Antonína Novotného už však později nikdo neposlal, přestože na to podle Vladimíra Kadlece čekal až do konce svého života...

Rok 1968 – balancování mezi žádoucím a možným

Role Ludvíka Svobody ve vývoji událostí tzv. Pražského jara je nejednoznačná. Pomáhal sice rozvoji obrodných procesů ve společnosti, ale současně také plně důvěřoval Brežněvovi, že nedopustí vojenskou intervenci. Za nesporné pozitivum lze pokládat, že zvrátil celý předem připravený Brežněvův politický scénář obsazení Československa tím, že odmítl jmenovat kolaborantskou a zcela neústavní dělnicko-rolnickou vládu v čele s Aloisem Indrou. Podle vedoucího Kanceláře prezidenta republiky dr. Ladislava Nováka se k tomuto návrhu, který Svobodovi přednesl tehdejší sovětský velvyslanec Červoněnko, prezident postavil naprosto odmítavě a zdůvodnil jej následujícími slovy: *„Kdybychom přistoupili na takovéto řešení, které navrhujete, národ by musel po nás plivat, do nás kopat a musel by plivat také po vás, protože by považoval také vás za spoluviníka nebo spoluúčastníka takovéhoto řešení. Já jsem starý člověk, já si mohu vpálit kulku do hlavy, ale před tímto národem nezůstanu nečestným, budu jednat čestně, rovně a přímo.“*

Nakonec tedy „nemile zaskočený“ Brežněv musel místo toho jednat s našimi unesenými politiky... V atmosféře plné nervozity

S prvním tajemníkem ÚV KSČ Alexanderem Dubčekem a předsedou československé vlády Oldřichem Černíkem v roce 1968.

při moskevských jednáních byla neustále ve vzduchu nevyslovená výhrůžka, že nedojde-li k dohodě, budou Sověti řešit situaci v Československu „svými prostředky“. Z tohoto hlediska je nutné chápat, jak nesmírně obtížné bylo pro prezidenta Svobodu (i ostatní produbčekovské politiky) volit v Moskvě optimální postup.

Na tomto místě jsou ovšem zmiňovány i některé jeho nepříliš šťastné zásahy (především tlak na rychlé přijetí podmínek diktovaných vedením KSSS) plynoucí z obavy, aby v Praze nedošlo ke krveprolití (jeho cesta do Moskvy tak trochu připomíná Háchovu cestu do Berlína v roce 1939). „Byl přespříliš vojákem, než aby mohl být i diplomatem,“ poznamenává v této souvislosti Vladimír Kadlec. Toto období podle něj také bylo vrcholem Svobodovy politické činnosti, pak už nastal jen jednoznačný trend směrem dolů. Zvláště když Brežněv získal ochotného spojence v Gustávu Husákovi, kterého dosadil do čela KSČ místo Alexandera Dubčeka.

V nemoci a bezmoci

Zdravotní stav prezidenta Svobody se začal urychleně zhoršovat již od roku 1969. Nervová zátěž celého roku 1968, ale i fyzické vyčerpání ve věku 74 let citelně oslabovaly jeho organismus. V následujících letech řada událostí i celkový vývoj ve společnosti nadále negativně působily na jeho zdraví. Byla to zejména stranická čistka a její dopady, s nimiž nesouhlasil, dokonce se pokoušel pomoci lidem perzekuovaným za politické postoje. Nikdo s ním ovšem konkrétně tyto zásahy nekonzultoval a jeho názor neměl žádnou váhu. Jistě zdrcující byl i stupňující se mocenský tlak některých vedoucích stranických představitelů (zejména Gustáva Husáka) – od zákazu používání prezidentské standardy na veřejnosti v přítomnosti generálního tajemníka KSČ přes přímé zasahování do činnosti Kanceláře prezidenta republiky až po protokolární formality.

Není jasné, od kdy se začal zhoršovat Svobodův duševní stav, ale fyzicky se udržoval v kondici poměrně dlouho. Ještě v září roku 1970 dle jeho dcery Zoe Klusákové-Svobodové rodiče trávili dovolenou ve Vysokých Tatrách (manželé údajně po válce prochodili snad všechna československá pohoří). Tehdy prý prohlásil, že „se jde rozloučit s Tatrami“. Poprvé pocítil bolest v kolenou a měl problémy při sestupu z vršků.

Zakázané paměti

Na zdraví prezidentovi nepřidal ani útok na jeho paměti, jejichž 1. díl (pod názvem „Cestami života“) sice vyšel v roce 1971 a měl údajně na veletrhu v Lipsku značný úspěch, přesto se vydání překladů nikdy neuskutečnilo a u nás nebyl povolen ani dotisk. Gustáv Husák (podpořen komunistickými historiky) odůvodnil tento postup tak, že z hlediska politických a ideových názorů je zde řada rozporů se stanovisky KSČ. „Režim, který omezuje svobodu tím, že si přivlastní právo zakázat někomu (dokonce i svému prezidentovi!) publikovat paměti, jen potvrzuje, že se bojí své minulosti – a že je to politicky slabý režim,“ komentuje tento zásah Vladimír Kadlec a dodává: „Hodnocení osobnosti Ludvíka Svobody (v období jeho prezidentství, ale i v letech před tím) tak zůstane asi trvale neúplné a neobjektivní, zejména proto, že mu bylo v roce 1972 znemožněno dokončit své již značně rozpracované paměti. Neměl příležitost vysvětlit důvody a motivy svého jednání. Tato skutečnost nejen ochudí naši historiografii, ale zároveň je zde také nebezpečí, že mu historie může v mnohém ukřivdit. Proto tak trpce nesl zákaz dokončit své memoáry.“

V roce 1973 – po opětovné volbě prezidentem – se Svobodův celkový zdravotní stav podstatně zhoršil. V dubnu 1974 (ve věku 79 let) byl stižen mozkovou příhodou, která ho vážně ohrozila na životě a na dlouho vyloučila z veřejné činnosti. Jak uvádí Jiří Pernes, „údajně se to, že musel ulehnout s postižením, řadě normalizátorů velice hodilo do plánů. Existují dokonce náznaky, že se režim snažil přírodě ‚napomoci‘ a jeho smrt uspíšit“. Gustáv Husák si prý dokonce osobně chodil do ÚVN pro aktuální informace… Nakonec se ale Svobodův stav stabilizoval a dle Pernese prezident „chtěl možná Husákovu vedení ještě trochu zkomplikovat život“. Poté se již ale Ludvík Svoboda nikdy plně neuzdravil a další léta prožíval v intenzivní péči rodiny a lékařů.

Hrátky s ústavou

Vladimír Kadlec rovněž upozorňuje na to, že podle informací z kruhu osob blízkých prezidentu Svobodovi není pravda, že se svého úřadu tvrdošíjně odmítal vzdát, jak se často uvádí. Po zhoršení svého zdravotního stavu v roce 1974 a během roku 1975 chtěl údajně odstoupit a jeho žádost byla tlumočena. Nebylo mu však vyhověno a musel čekat ještě celý rok, než byla přijata změna ústavy. Důvod je zřejmý – v tehdejší ústavě totiž bylo zakotveno, že nemůže-li prezident svůj úřad vykonávat, přísluší výkon prezidentských funkcí vládě, která tím pověří ministerského předsedu. Prezidentem by se tak stal Lubomír Štrougal, nikoli generální tajemník ÚV KSČ. Ústava tedy byla doplněna ustanovením, že lze v takovém případě zvolit nového prezidenta. A tak se ještě během nedokončeného Svobodova prezidentského období postavil do čela republiky Gustáv Husák.

Na tomto místě je užitečné uvést rovněž zásadní poznámku Vladimíra Kadlece, který se domnívá, že „uvedené urychlené zhoršování zdravotního stavu již od roku 1969 by do jisté míry mohlo omluvit účast Ludvíka Svobody jako člena politbyra na Husákově normalizaci. Ne však po dobu celých následujících pěti let.“

Zůstal po něm proto jen celkový, všeobecný smutek a bezmoc z toho, jak trpně a snad i bezděčně asistoval jako nemocný, přestárlý, nevýkonný a nepružný prezident při omezování státní suverenity.

Jen další „podivný konec“…

Po sedmi letech prezidentství tak Ludvík Svoboda ve svých 80 letech odešel do penze a ještě více než 4 roky žil v rodinné vilce v Praze. „Důvod jeho odchodu z prezidentského úřadu je tradiční a typický pro většinu našich prezidentů – nemocný, přestárlý, se sníženou výkonností. Ta u prezidenta Svobody trvala podle oficiálního stanoviska déle než jeden rok před jeho odvoláním. Tak se rovněž prezident Svoboda zařadil do již vyšlapaných kolejí a sám pro svého nástupce tyto koleje dále prošlapal.

S předsedou Národního shromáždění ČSSR Josefem Smrkovským.

Zůstal po něm proto jen celkový, všeobecný smutek a bezmoc z toho, jak trpně a snad i bezděčně asistoval jako nemocný, přestárlý, nevýkonný a nepružný prezident při omezování státní suverenity, při Husákových kádrových změnách a při začínajícím a stále se prohlubujícím ekonomickém, kulturním a morálním normalizačním úpadku celé společnosti. Tak podivně, ironií osudu, končil prezident-vlastenec, prezident-hrdina, který po tolik let nasazoval život za osvobození a pak za obnovení Československé republiky,“ charakterizuje poslední Svobodovu státnickou etapu Vladimír Kadlec.

Ludvík Svoboda zemřel 20. září 1979 a jeho pohřeb byl (na rozdíl od jeho „zapomenutého“ předchůdce) velkolepý. Podobný rituál národní katarze jsme zažili opět až loni, při obřadu za Václava Havla. Svoboda se dočkal všech státních poct. Lafetu s jeho rakví ale poprvé netáhli koně, nýbrž obrněný transportér. Obřad byl také veden již ve zcela normalizačním duchu. Jak uvádí Jiří Pernes, „nad jeho tělem promluvil Gustáv Husák, jenž z bývalého symbolu Pražského jara učinil bojovníka proti kontrarevoluci“. Z Vítkova byla jeho urna později převezena do rodinné hrobky v Kroměříži. Manželka Irena Svobodová ho přežila jen o 10 měsíců.

Po odstranění Ludvíka Svobody došlo opět ke kumulaci obou nejvyšších státních a stranických funkcí, která byla na počátku Pražského jara na zasedáních ÚV KSČ tak tvrdě kritizována, protože umožňovala vytvořit režim neomezené moci. Mezi nejaktivnější kritiky takového řešení patřil tehdy právě neskutečný „převlékač kabátů“ – Gustáv Husák… Ale o něm až příště.

Jaroslava Sladká

Muhammad Rezá Pahlaví – role šáhovy leukemie v íránské islámské revoluci

Írán je jedním z bolavých míst současného světa. Významně se na tom podepsalo utajované onemocnění leukemií u muže, který této zemi vládl v letech 1941–1979.

Monarchův pád

Počátkem roku 1979 nabraly události v Íránu rychlý spád. Dosavadní neomezený vládce šáh Muhammad Rezá Pahlaví prchl 16. ledna ze země a 1. února se do Íránu vrátil z pařížského exilu náboženský vůdce Rúholláh Chomejní. Povstalecké gueriily přemohly v pouličních bojích během pouhých deseti dnů jednotky, jež ještě zachovávaly loajalitu šáhovi, a 11. února 1979 byla vyhlášena islámská republika. Započala islamizace Íránu, jež byla završena v roce 1981.

V pozadí těchto událostí se skrývá soukromé drama íránského šáha Muhammada Rezy Pahlavího. Ten vystupoval ještě v roce 1977 jako jeden z nejmocnějších mužů světa. O jeho přízeň a potažmo i přístup k íránským ložiskům ropy usiloval Východ i Západ. Íránský šáh hrál významnou roli v určování světových cen této suroviny a to mu na mezinárodní scéně zajišťovalo obrovský respekt. Doma však vůči autoritativnímu vládci rostl odpor. Ten se už od října 1977 projevoval demonstracemi, ke kterým se v létě a na podzim následujícího roku přidaly i protestní stávky. Západ však stále držel nad Pahlavím ochrannou ruku. Jen málokdo věděl, že šáh měl v té době už pět let diagnostikovanou chronickou lymfocytární leukemii.

Tehdejší britský ministr zahraničí David Owen později napsal: „Moc by nám pomohlo, kdybychom to věděli alespoň v roce 1978.“ Tento politik, původní profesí lékař, byl přesvědčen, že kdyby světoví státníci o šáhově nemoci věděli, odešel by vládce z aktivní politiky za úplně jiných okolností a k íránské revoluci vůbec nemuselo dojít.

Utajená diagnóza

Šáhovu diagnózu chronické lymfocytární leukéemie potvrdil již v dubnu roku 1974 francouzský hematolog Jean Bernard. V té době postoupilo šáhovo onemocnění do druhého stadia. Panovník zatím nepotřeboval intenzivní léčbu a jeho lékař Abdul Karim Ayadi požádal Bernarda a jeho asistenta Georgese Flandrina, aby vše podrželi v tajnosti. Dokonce ani samotný šáh se nedozvěděl o povaze onemocnění vše. V únoru 1975 začal Muhammad Rezá Pahlaví užívat chlorambucil. Georges Flandrin přiletěl v následujících čtyřech letech nejméně pětatřicetkrát v nejpřísnějším utajení do Teheránu, aby šáha léčil.

V roce 1977 Ayadi sdělil šáhovi, že je vážně nemocen. Ani pak se ale vladař nedozvěděl plnou pravdu. Slovo „leukemie“ nebo „rakovina“ před ním nikdo nesměl vyslovit. Ayadi šáhovi tvrdil, že trpí Waldenströmovou makroglobulinemií. Lékaři se dařilo skrývat před prominentním pacientem plnou pravdu i díky tomu, že šáh na sobě nepozoroval žádné nápadnější symptomy onemocnění. Teprve v dubnu 1979 zaznamenal zvětšení mízních uzlin na krku. To už byl v exilu na Bahamách. V té chvíli také lékaři zahájili šáhovu intenzivní léčbu. Byl léčen mechlorethaminem, vinkristinem, prokarbazinem a prednisonem.

Léčba v USA

Šáhův zdravotní stav se rychle zhoršoval a jeho okolí na něj naléhalo, aby se léčil ve Spojených státech amerických. Tamní administrativa tomu však nejdřív nebyla nakloněna. Američané měli s novým íránským režimem velmi napjaté vztahy. Jak bezpečnostní poradce Zbigniew Brzezinski, tak i ministr zahraničí Cyrus Vance radili tehdejšímu americkému prezidentovi Jamesi Carterovi, aby šáhův vstup do USA nepovolil. Carter však nakonec dal víceméně z humanitárních důvodů souhlas k šáhovu příletu do New Yorku, kde Muhammad Rezá Pahlaví nastoupil v říjnu 1979 k léčbě v Cornell Medical Center.

Reakce íránské strany na sebe nenechala dlouho čekat. Protiamerické demonstrace v Teheránu vyvrcholily 4. listopadu 1979 vpádem protestujících na půdu amerického velvyslanectví a zajetím 66 rukojmí. Prezident Carter nařídil v dubnu 1980 tajnou operaci Eagle Claw, při které měly americké speciální jednotky rukojmí osvobodit. Akce však skončila zdrcujícím debaklem a prestiž Spojených států na mezinárodní scéně v důsledku toho výrazně klesla.

Historici, politologové i sám James Carter se shodují v tom, že právě fiasko operace Eagle Claw významně přispělo k tomu, že Carter v témž roce prohrál prezidentské volby. Američtí rukojmí byli v Teheránu propuštěni až 20. ledna 1981, doslova pár minut poté, co Cartera vystřídal v úřadu amerického prezidenta Ronald Reagan. Muhammad Rezá Pahlaví mezitím opustil horkou půdu Spojených států a uchýlil se do Egypta. Leukemii podlehl v Káhiře dne 27. července 1980.

Strach ze ztráty spojenců

Mnohé nasvědčuje tomu, že o šáhově chorobě věděla sovětská KGB. Íránci však dokázali monarchovu leukemii dlouho tajit před americkými a britskými tajnými službami. Šáh se vyhýbal americkým lékařům, protože byl přesvědčen, že by se jeho diagnóza během několika hodin ocitla na stole amerického ministra zahraničí nebo ředitele CIA. Spojené státy by vážně nemocného šáha přestaly podporovat a Muhammad Rezá Pahlaví by ztratil status prominentního spojence.

Ze stejných důvodů se šáh měl na pozoru před britskými lékaři. Proto si vybral pro vyšetření a následně léčbu francouzské specialisty. Francouzům důvěřoval a nemýlil se v nich. Francouzský ministr zahraničí Louis de Guiringaud o šáhově chorobě věděl, ale svým americkým či britským protějškům, ministrům zahraničí Owenovi a Vanceovi, to nikdy neprozradil.

Britové a Američané byli šáhovi hlavní spojenci a íránský monarcha se obával, že ho v případě závažného onemocnění hodí přes palubu. „V tom se nemýlil,“ přiznal později tehdejší britský ministr zahraničí David Owen. „Kdybych v roce 1978 věděl o jeho leukemii, tlačil bych na něj už počátkem roku 1978 a na přelomu léta a podzimu téhož roku už bych byl neoblomný. Požadoval bych okamžité šáhovo odstoupení ze zdravotních důvodů.“

Střední východ mohl vypadat jinak

V té době už byla pro šáha domácí situace neúnosná. Odpor opozice sílil. Dříve či později by musel odstoupit, i kdyby byl dokonale zdráv. Britové proto pilně pracovali na tom, aby na íránský trůn zajistili poklidný nástup šáhova syna. Mladičký korunní princ byl přijatelný nejen pro mezinárodní společenství, ale i pro íránskou opozici. Nikdo ze zainteresovaných však nevěděl jak následníkovi uvolnit íránský trůn a pod jakou záminkou přimět šáha k abdikaci a odchodu do exilu.

Šáhova leukemie by se k tomu dokonale hodila. Jenže o té neměli Britové ani Američané tušení. Jednali se šáhem, jako kdyby stále ještě pevně držel ruku na kohoutcích íránské ropy. „Jednali jsme s ním jako s vládcem země i ve chvíli, kdy bylo zapotřebí mu tvrdě nadiktovat, co má dělat, a doslova ho donutit k tomu, aby se odjel léčit do Švýcarska,“ napsal David Owen. „Kdyby se nám to bývalo podařilo, proběhla by íránská islámská revoluce úplně jinak. James Carter by podruhé vyhrál prezidentské volby ve Spojených státech a celá historie Středního východu by se v následujících letech ubírala úplně jinou cestou.“

Jaroslav Petr

Šáh s první dámou – Farah Pahlaví. | Foto: Wikimedia

Cholerové kapky – zapomenutý lék

Jako „cholerové kapky“ se v 19. století zpravidla označovaly směsi výtažků z léčivých rostlin s protiprůjmovým působením. Často obsahovaly též kafr (podle Hahnemanna), anýzovou, mátovou nebo puškvorcovou silici a v neposlední řadě spolehlivě účinkující opiovou tinkturu.

Mezi lidmi byly „cholerové kapky“ velmi oblíbené a žádané minimálně po jedno století; o jejich popularitě svědčí zmínka ještě z roku 1946 v Dudkových „Lékařových radách“.

Cholera kosila chudé i bohaté

Evropa se s první atakou cholery (původem z Východní Indie) setkala v roce 1817. Zakrátko vlna epidemie zasáhla Moskvu a Petrohrad, Finsko a Německo. Nevyhnula se ani českým zemím (1831–1836 a znovu 1866–1867), několikrát dosáhla rozměrů pandemie a na celém světě zahubila miliony lidí.

Skutečně účinná léčba ani prevence (očkování) nebyla až do Kochova objevu původce cholery známa. Ve městech i na venkově se lidé v zoufalství uchylovali k vykuřování svých obydlí dýmem z jalovcového dřeva, v oknech rozvěšovali rozkrájenou cibuli a popíjeli horké červené nebo borůvkové víno. Za prostředek chránící před jakoukoli nakažlivou nemocí byl pokládán kořen andělíky lékařské. Při podezření na cholerovou nákazu se doporučovalo užívání kalomelu a opia, skořice, zázvoru, aromatické tinktury („křečové kapky“) nebo likérů s éterickým olejem z „pižmového kořene“ *(Euryangium sumbul Kauff., Apiaceae)*; při mdlobách se podávaly Hofmanské kapky, v případě dávení pastilky z ledu.

Složení kapek proti choleře

Receptura cholerových kapek vznikala v duchu jednotlivých lékařských škol a lišila se podle místa vzniku a dostupnosti surovin. Známé a často předepisované bývaly tzv. ruské kapky (syn. Lorenzova tinktura), které obsahovaly mj. opiovou tinkturu se šafránem a víno z kořene hlavěnky dávivé (*Cephaëlis ipecacuanha L., Rubiaceae*, v Evropě známá teprve od roku 1680 jako léčivo proti průjmu a úplavici). Na recept byla vázána také Herrmannova tinktura a Thielmannovy a Hauckovy kapky. Volně byla v lékárnách ke koupi např. Schäferova tinktura bez opia. Cholerové kapky se ordinovaly nejčastěji v meduňkovém či peprnomátovém čaji nebo ve sliznatém odvaru z ovsa.

Naděje na úlevu a přežití

Cholerové kapky jsou z hlediska historie významným medicínsko-farmaceutickým fenoménem. V době před téměř dvěma sty lety, kdy neexistovala kauzální léčba cholery, sice nemohly zaručit záchranu života, ale dávaly alespoň naději na zmírnění symptomů infekce a dočasné přežití. Ještě v první polovině 20. století však bývaly jako prostředek proti průjmu běžnou součástí vybavení domácích lékárniček.

Robert Jirásek
České farmaceutické muzeum Kuks

Grundzüge
einer speciellen
Pathologie und Therapie
der
orientalischen
CHOLERA;
als
Leitfaden für praktische Aerzte
zu einer den
Verschiedenheiten des Ganges, Grades und
übrigen Verhaltens der Krankheit
angemessenen Behandlung.
Von
Dr. Ernst Daniel August Bartels,
Berlin, Posen und Bromberg
Druck und Verlag von Ernst Siegfried
1832

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Rudolf Jedlička
(20. 2. 1869 Lysá nad Labem – 26. 10. 1926 Harrachov)

Jeden z nejvýznačnějších českých chirurgů počátku 20. století. Maturoval v roce 1889 na Akademickém gymnáziu v Praze, promoval na české lékařské fakultě v roce 1895. Po praxi na interně u profesora Emericha Maixnera se stal operačním elévem na chirurgické klinice profesora Karla Maydla a již v roce 1898 zde byl asistentem. Uskutečnil studijní cesty do Polska, Ruska, Německa, Dánska, Francie, Nizozemska, Anglie, Švýcarska a Itálie. V roce 1901 se habilitoval z patologie a terapie chirurgických chorob, krátce poté byl pověřen zatupováním Maydla na stolici chirurgie. Roku 1905 se stal významným členem Spolku pro zkoumání a potírání zhoubných nádorů v Čechách, s bioptickou stanicí, experimentálním oddělením a dispenzářem, v němž byli chudí pacienti ošetřováni bezplatně. Operoval v řadě pražských i venkovských nemocnic.

V roce 1907 získal titul mimořádného profesora. V roce 1912 se stal ředitelem ústavu pro léčbu a výchovu mrzáčků (dnešní Jedličkův ústav), který řídil až do své smrti. Byl veden myšlenkou dát handicapovaným dětem možnost odborného léčení a odborné výchovy k pokud možno samostatnému a plnohodnotnému životu a celý svůj život tuto ideu prosazoval.

V letech 1912–1913 stál v čele lékařské expedice na pomoc bojujícím Srbům v Balkánských válkách, byl vedoucím vojenské nemocnice v Bělehradě a k nelibosti rakousko-uherských autorit získal vysoká vojenská vyznamenání. V roce 1914 otevřel Pražské sanatorium v Podolí (dnes ÚPMD), které sám navrhl a velkou měrou financoval z vlastních zdrojů. Za 1. světové války pak byl velitelem záložní vojenské nemocnice v Praze, přitom spolupracoval s odbojem.

V roce 1921 se stal řádným profesorem chirurgie a rentgenologie a prvním přednostou II. chirurgické kliniky Univerzity Karlovy, kterou přestěhoval do Pražského sanatoria. Vytvořil vlastní chirurgickou školu, zaváděl nové operační techniky (pankreatogastrostomie, resekce žaludku). Zvláště se věnoval využití rentgenu v diagnostice a terapii (mj. i nádorů), v této oblasti byl uznávanou evropskou autoritou. Několik měsíců po slavném Roentgenově objevu byl prvním lékařem u nás, který využil paprsky X v diagnostice před chirurgickým zákrokem. Je tak zakladatelem samostatné české rentgenologie a radiologie a léčebné rehabilitace. Kvůli používání rentgenu si ovšem způsobil trvalé změny na rukou, na následky ozáření také zemřel. Svou harrachovskou vilu (od architekta Dušana Jurkoviče) v závěti věnoval postiženým dětem. Pro jeho život mírou vrchovatou platí slova, jimiž odpověděl na přání dětí Jedličkova ústavu, aby žil dlouho: *„Není důležité člověku, aby žil dlouho, ale aby člověk byl uspokojen svým způsobem života a šťasten svým konáním. Je-li v tomto štěstí člověka obsažen i kousek štěstí jiných, pak je život krásný.“*

Strašidlo na klinice

V dávných dobách, kdy byli pozdější profesoři Otakar Kukula a Rudolf Jedlička ještě asistenty u profesora Maydla, měli na klinice pokoje hned vedle sebe. Kukula byl „mužem světa“, měl četné společenské závazky a povinnosti, jež mu zabíraly řadu večerů i nocí. Nepřipadalo mu to však zatěžko.

Na chirurgickou kliniku byl v té době přijat pacient s rozsáhlou strumou, vyhlídky na úspěšnou operaci mizivé, dusil se, stav prakticky neoperovatelný, ale bez operace zcela beznadějný. Profesor Maydl nebyl v Praze, tak to asistenti zkusili. Bohužel pacient po třech dnech po operaci zemřel.

Příští noc Jedlička slyšel, jak někdo bouchá na dveře jeho pokoje.

„Co se děje?“ ozval se nevrle. „Já dnes nemám službu.“

„Tady je strašidlo,“ ozval se ponurý hlas nějakého vtipálka, přerušovaný kvílením.

Jedlička měl smysl pro humor i po půlnoci: „Co si přejete, vzácné strašidlo?“

„Já jsem duch toho, co jste ho operovali s tou strumou. Co pak umřel. A já vás teď musím strašit.“ A opět srdceryvné kvílení.

„Hm,“ zabručel Jedlička. „Já vás, pane strašidlo, neoperoval. To se obraťte na kolegu Kukulu.“

„Když to je těžký, on není nikdy o půlnoci doma.“

Dětské hříchy

Mladý asistent chirurgické kliniky, pozdější slavný profesor MUDr. Rudolf Jedlička, byl povolán na konzilium k jednomu pacientovi s abscesem v hýžďové krajině. Už u dveří si podle štítku s neobvyklým jménem uvědomil, že by pacient mohl být jeho bývalým spolužákem z obecné školy, se kterým seděl několik let ve společné lavici. A také ano.

Vstoupil do pokoje k nemocnému, který vzhledem ke svému onemocnění musel ležet na břiše, a pozdravil. Pacient natočil hlavu, poznal Jedličku a úpěnlivě vykřikl: „Ne, toho nechci, ten mě vždycky nejdřív seřezal!“

MUDr. Svatopluk Káš

Jedličkův ústav

Sedm samic
a jiná kategorie ticha

MUDr. Vladimír Nosek, primář gastroenterologického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, vystoupil jako jeden z prvních Čechů na Mount Everest. Snad více než na pocit z dobytí nejvyšších hor světa vzpomíná lékař, horolezec a cestovatel na barvy, ticho a světlo Antarktidy. Vrátit se chce právě tam a láká ho i Sever.

Sestup z Carstenszovy pyramidy (Papua – Nová Guinea). | Foto: archiv MUDr. Vladimíra Noska

Jako v pořadí druhý Čech jste dokončil „Seven Summits“, projekt výstupů na nejvyšší vrcholy všech světadílů. Ze sedmi jste jich zdolal osm, čtyři i se svou manželkou Zuzanou. O co v projektu jde a je tedy v „Seven Summits“ vrcholů sedm, nebo osm?

My tomu projektu přezdíváme „Sedm samic“. Duchovní otec této myšlenky, nehorolezec a miliardář Dick Bass, vylezl s armádou pomocníků na nejvyšší vrcholy všech světadílů. Chtěl dokázat sobě i ostatním, že pokud něco opravdu chcete, jde to. Jemu bylo už přes padesát, když se rozjel po světě a postupně ty vrcholy zdolal.

V Austrálii a Oceánii je nejvyšším pevninským vrcholem Mount Kosciuszko, vysoký 2228 metrů. Bass tím výstupem projekt uzavřel, vylezl na něj jako na sedmý. Ale v Oceánii leží i Nová Guinea. Tam je mnohem obtížněji dostupná hora, Carstenszova pyramida, má 4884 m, je to nejvyšší vrchol mezi Himálají a Andami. A když už jsem tak byl na té Nové Guineji... Pro mne a část dalších horolezců je tohle osmá „samice“.

Jako primář gastroenterologického oddělení se hodně věnujete endoskopii. Není tam základní směr spíš dolů než nahoru? Nebyly by pro endoskopistu stylovější jeskyně, potápění...?

Já jsem byl dříve horolezec než endoskopista! Medicínu jsem studoval v Praze, v 80. letech. V prvním ročníku jsem se na koleji potkal s Ivošem Michaličkou, nyní chirurgem. Šel jsem s ním lézt do Divoké Šárky. Tam jsem si poprvé sáhl na skálu jako lezec navázaný na lano. Nadchlo mě to a začali jsme chodit pravidelně. Vstoupil jsem do horolezeckého oddílu a skály a hory, hlavně střední a vysoké, mi učarovaly. Přes Český ráj, pískovce na severu Čech, pak zimní a letní Tatry... Jak to jen šlo, na takzvaná „bramborová razítka“ jsme se s naší horolezeckou partou začátkem 80. let dostávali na Kavkaz, Pamír, Ťan-šan, tam jsme získávali horolezecké „ostruhy“. Během studia medicíny se nám podařilo sedmkrát stanout na vrcholech sedmitisícových hor, máme za sebou prvovýstupy a nové cesty.

Hodně intenzivně jsem se horolezectví věnoval na konci studia. Sport mi rozkládal poslední ročník školy, viděl jsem se být takřka víc horolezcem než budoucím lékařem. S nástupem do pracovního procesu se však tenhle poměr stále víc obracel. Začínal jsem jako klasický chirurg. Sem do Jablonce jsem šel po škole za svým kamarádem, lékařem-horolezcem Jiřím Pelikánem. V roce 1989 zahynul na Anapurně...

A k těm „ponorům“... Já dělám gastroenterologii dvacet let, mám invazivní základ a jsem brán jako „velký invazivista“. Ale my opravdu některým pacientům ušetříme operační výkony.

Jste lékař, ale i do nejvyšších hor stoupáte zásadně bez kyslíku. Nemáte obavy z hypoxie?

Vystavovat se zbytečně hypoxii rozhodně není žádná zdravá záležitost. Pobyt nad 8 tisíc metrů a eventuálně i dlouhodobý pobyt nad 7 tisíc metrů bych z medicínského hlediska rozhodně nikomu nedoporučoval. Ale dnešní vysokohorská medicína už zná postupy, jak se můžeme co nejlépe chránit před působením nízkého parciálního tlaku kyslíku, především uzpůsobením taktiky výstupů.

Klasičtí horolezci, od 20. do 70. let 20. století, budovali výškové tábory. Šli nahoru postupně. Pokud se zkazilo počasí, třeba ve výšce 7 tisíc metrů čekali na obrat v počasí – dva, tři, čtyři dny. Kamenem úrazu byla právě délka trvání pobytu v extrémních výškách. Hypoxie působí plíživě, udolává vás postupně. Vaše reakce, zdravý úsudek a akční síla se přitom stále zhoršují, postupně skomírají.

Dnes jsou na tom lezci většinou fyzicky značně lépe, než tomu bývalo dříve. „Vyběhnou“ fyzicky náročnější taktikou poměrně rychle co nejvýše to jde nahoru a v případě zvratu počasí zase rychle „seběhnou“ dolů. Je to náročné pendlování, ale zachováte si duševní i tělesnou svěžest.

Druhá věc je použití či nepoužití kyslíkového přístroje – my ho na výstup nepoužíváme. Při vystavení hypoxii po krátkou dobu není odumírání nervových buněk tak dramatické a následky také ne. Ale v rámci expediční lékárny s sebou vozíme medicínský kyslík, například pro případ onemocnění vysokohorskou chorobou. Prvním projevem je svíravá bolest hlavy – „šrouby v hlavě“. Legendární brufen nebo ibalgin jsou základními expedičními léky.

Naučí se lidský organismus přizpůsobit pobytu ve velké výšce?

Schopnost adaptace na výšku je dána geneticky, to člověk nenatrénuje. Jak na tom jste, poznáte až v horách. Spousta špičkových lezců z nízkých a středních hor přijede do Himálají a tam nemohou fungovat. Já mám štěstí, že můj organismus se na velkou výšku adaptuje dobře.

Jak dlouho vám trvá, než se z takového sportovního výkonu oklepete?

Fyzicky se oklepu rychle. Těžší je adaptovat se zpět do celé té civilizační mašinerie a na pracovní i rodinné stresy. Ještě k těm podmínkám adaptace – za bývalého režimu účastníci státních expedic do Himálají po návratu odjížděli na měsíční lázeňskou léčbu. Ale já jsem s „repre“ za komunistů nejezdil, takže i tehdy jsem se vracel do reality natvrdo. My si všechno organizovali sami, nebyli jsme „státní lezci“.

Faktem ale je, že přímo v horách je dost času na to se vnitřně usebrat, zastavit se sám se sebou. Někdo za tímto účelem jezdí do buddhistického kláštera, což nechci nijak degrado-

Mrazivá Antarktida „kouzlí“ v našich tvářích. | Foto: archiv MUDr. Vladimíra Noska

vat. A zase bez urážky – někdo to zvládne i na výletě v Chorvatsku. Když se vrátím z expedice, jsem šťastný, že žiju. Po návratu z ledu je úžasné vidět zelenou trávu a barevné květy, zvířata. Ve velkých horách je pusto, živá příroda tam moc chybí. To si pak po návratu hodně užíváte. A taky jídlo. Naše expedice patří k těm nejlevnějším, opravdu tam nemáme ani v tomto směru žádný přepych. Je pak senzační sedět doma v teple a klidu s rodinou u večeře a klábosit. Tohle všechno si najednou hodně silně uvědomíte. Do toho se ale valí všechny věci za dobu nepřítomnosti... Velký náboj mi vydrží asi tři měsíce, pak pomine.

V hlavě vám tedy nešumí, alespoň v horách ne. Je vysoko nad oblaky ticho?

Pokud nefouká vítr a nehučí tam meluzína, když tam zrovna není „slota-čina-klondajk“, tak si člověk ticho nahoře vychutná. Úplně jiná kategorie ticha je ovšem v Antarktidě. Pobyt tam je jedním z mých velkých zážitků. Tak absolutní ticho jako v Antarktidě a tak úžasný vjem z přírody, z obrovské masy ledu, sněhu, z té jednoduchosti a síly barev, kde vidíte jenom bílou, potažmo modrou, černou, hnědou, a to je všechno... Není tu žádný život, ani mravenec, jenom neživá, surová, čistá příroda. Šum, respektive hluk, uslyšíte během vichřice nebo za větru, jindy je tam absolutní, nekonečné ticho.

Do Antarktidy už ale jezdí i velké výletní lodě s turisty, byť hlídanými ekology. Nestává se z toho už trochu „mastňácká“ záležitost?

To jsou komerční expedice a docela nákladné. Já se snažím vyjet do Antarktidy podruhé, ale ani tentokrát nepojedu se zájezdem. Poprvé jsme tam byli v roce 2005, s legendou světového polárnického podnikání Petrem Valušiakem. To je polárník, který jako první na světě, s ruskou skupinou, šel autonomně, bez jakékoli podpory, z Ruska do Kanady přes Severní pól. Film o této cestě, „118 dní v ledu“, je nejúžasnější outdoorový dokument, jaký jsem kdy viděl.

Tak tenhle člověk byl s námi v Antarktidě. K nejvyšší hoře Antarktidy, Mount Vinson (4897 m), jsme vyrazili společně, a to asi 400 km dlouhým pochodem panenskou přírodou. Jako bonbónek na závěr antarktického pochodu jsme pak na nejvyšší horu kontinentu vylezli. Terén pro výstup je ledovec, částečně skalnatý. Prošli jsme pohořími a údolími, kde víte, že otisky vašich nohou jsou široko daleko první stopy, jež tam zanechal *homo sapiens*.

Otisky chodidel tam tedy nejsou, ale stopy po tlapkách nebo pařátech by se našly?

Ne. V nitru kontinentu totiž není potrava pro žádné živočichy. Je to jediný kontinent, který nemá žádné stálé obyvatele... Mluvili jsme ale o prožitcích, o absolutním tichu, o barvách a vjemu z přírody. Z celého mého cestování mám nejčistší a nesilnější vjemy z přírody z Antarktidy. Tam když zapíchnete cepín do ledu nebo do firnu a vytáhnete ho, sálá kolem něj namodralé světlo absolutní čistoty.

Vrstva ledu, která pokrývá antarktický kontinent, je silná až 4800 metrů, to je jako Mont Blanc měřený od hladiny moře. Když vylezete někam výš a rozhlédnete se po antarktickém plató, uvidíte krajinu zalitou ledem. Připomíná to pohled z vrcholků Krkonoš dolů do kraje, během inverze v zimě. Díváte se dolů a všude je bílo. V Antarktidě to však nejsou mraky, ale led, ze kterého koukají jen nejvyšší vrcholky. Tenhle pohled v Antarktidě, to je nejsilnější estetický vjem, jaký jsem v přírodě zažil.

Příště tedy vyrazíte zase na Jih?

Ne, na Sever. Strašně rád bych se podíval do Arktidy a taková Severní země nebo Země Františka Josefa, tam to žije, jsou tam i zvířata. Rád bych tam jel opět s Petrem Valušiakem. Snad se to tedy zase někdy sejde a přijde to. Ale počítám i s tím, že příští rok vyrazím s manželkou na pěkný trek do hor. Hory, to je srdeční záležitost!

Jana Jílková

Antarktida – stavění stanů ve sněhové bouři. | Foto: archiv MUDr. Vladimíra Noska

Inzerce A121002467

POLIKLINIKA KOSTELNÍ

ORDINACE, NA KTERÉ JSTE ČEKALI

KVALITNÍ A PŘITOM DOSTUPNÉ IHNED K NASTĚHOVÁNÍ

ČASOVĚ OMEZENÁ NABÍDKA DO 31. 3. 2012:
NÁJEMNÉ NA PRVNÍ 3 MĚSÍCE = 1,- KČ MĚSÍČNĚ.

Nově postavená pětipodlažní budova nabízí k pronájmu jak jednotlivé ordinace ve výměře od 16 m², vzájemně propojené místnosti ve výměrách od 33 m² nebo i uzavření celého podlaží (185m²), či jeho části podle požadavků nájemce. Budova je vybavena klimatizací, výtahem, je plně bezbariérová, ordinace mají vlastní hygienické zařízení. V suterénu se nachází dostatek skladovacích prostor. Dobrá dostupnost MHD, možnost spolupráce s lékárnou v přízemí budovy.

Tel.: 725 589 050

POLIKLINIKA KOSTELNÍ, Kostelní 23, Moravská Ostrava
E-mail: info@poliklinikakostelni.cz, www.poliklinikakostelni.cz

Člověk na světě **není úplně sám**

Z podnětu papeže Jana Pavla II. je od roku 1993 vyhlášen 11. únor, výroční den zjevení Panny Marie v Lurdech, Světovým dnem nemocných. Praxí katolické církve je udělovat v tento den pomazání nemocným. Za nemocnými, ale i za zdravotníky na dvou klinikách VFN přišel 13. února kardinál Dominik Duka, který ZDN poskytl krátký rozhovor.

Kardinál Duka s maminkou třídenního Jonathana. | Foto: Leoš Chodura

Duševní a duchovní podpora vycházející z hluboké spirituality je součástí péče o pacienty v řadě nemocnic. Nemíří vždy jen k věřícím, nemocní často stojí o pouhou přítomnost – chtějí si popovídat nebo je potěší, že jim někdo věnuje pozornost, někomu stojí za to, aby za nimi přišel na návštěvu.

Setkáváme se s vámi na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. To není zrovna obvyklé místo pro duchovního…

Obvyklé místo pro mě tato klinika opravdu není už proto, že nejsem rodička… U příležitosti Světového dne nemocných však každým rokem navštěvuji některou z nemocnic. Loni jsme byli navštívit pacienty v Thomayerově nemocnici, letos onkologickou a gynekologicko-porodnickou kliniku VFN. Do nemocnic za pacienty jsem chodíval i v královéhradecké diecézi. Nemocnice je pro mě místo, kde je potřeba potěšit pacienty a kde je také potřeba poděkovat lékařům a personálu za jejich službu, která určitě není snadná.

Jak vás tady pacienti přijali?

Rozhodně to nevypadalo, že by měli strach, že přicházím s posledním pomazáním… Dnes už lidé chápou, že to je pomazání nemocných, ne poslední.

Přijali mě velmi vřele a musím se přiznat, že mě to dojalo. Krásné bylo, s jakou úctou a vděčností se mnou mluvili nejen o lékařích, ale o celém personálu nemocnice.

Po návštěvě nemocných jste v kapli sv. Kříže, přímo v budově nejstarší pražské porodnice u Apolináře, celebroval mši u příležitosti Světového dne nemocných. V kapli stojí velká křtitelnice používá se?

Ta byla odstavena již před lety. V porodnicích se kdysi skutečně křtilo, dokonce se žertem říkalo, že tam děti položili na stůl do řady, pak šel pan farář, udělal jednu dlouhou čáru a poté ji dělil nad každým dítětem, aby nemusel nad každým dělat křížek. Křest nebyl rodinnou slavností. Základní důvod byl, aby dítě bylo pokřtěno co nejdříve. Tento spěch samozřejmě zmizel spolu s radikálním snížením kojenecké úmrtnosti.

Je ještě dnes běžné konat bohoslužby přímo v nemocnicích?

Záleží na tom, jak ve které nemocnici – v některých je kaple prakticky v denním provozu, jinde občas. Změnila se i péče o pacienta v tom, že dlouhodobé nemocné, kteří těchto kaplí využívali, už v nemocnicích nemáme, zkrátily se doby hospitalizace. Kaple se tu používají víc pro krátkodobě nemocné a fakticky i pro personál nemocnic, mezi lékaři i sestrami jsou také věřící a je dobře, že bohoslužbu někde mají přímo ve své nemocnici.

Jana Jílková

Pomoc sirotkům **v Etiopii**

Středisko humanitární a rozvojové pomoci Diakonie Českobratrské církve evangelické (ČCE) vyhlásilo veřejnou sbírku na podporu etiopských žen pečujících o sirotky – oběti epidemie AIDS. Účelná a promyšlená pomoc se dostává k lidem na samé hranici přežití.

Cílem projektu v etiopské oblasti Bahir Dar je poskytnout zdravotní péči, stravu, vzdělání, oblečení a psychologickou podporu nejvíce potřebným sirotkům tak, aby z nich vyrostli soběstační dospělí lidé. Jde o děti, jejichž otec nebo oba rodiče zemřeli na AIDS. Podpora směřuje k ženám, které o sirotky pečují.

Slepice nebo váhy do začátků

Jak projekt funguje, popisuje Jan Dus z Diakonie ČCE: „Sbírky zaměstnanců Diakonie ČCE, které do Etiopie každoročně posíláme, směřují na podporu drobného podnikání žen v nejvíce postižených oblastech. Pomáhají vdovám, jež se úmrtím manžela ocitly bez prostředků, založit si vlastní drobnou živnost. Musím říci, že mne nadchlo, jak úsporně a efektivně tento systém funguje. Naší partnerské organizaci DASSC (Development and Social Services Commission), která projekt realizuje, stačí jen 5 tisíc birrů (něco málo přes 5 tisíc Kč), aby pomohla vdově nastartovat živnost. Prvních tisíc birrů použijí na zorganizování kurzu základních dovedností, při kterém ženě přímo v jejím prostředí pomohou rozmyslet si, čím by se mohla živit. Často to bývá chov ovcí, koz nebo slepic, prodej ovoce, zeleniny a obilí na trhu, pečení placek či malý obchůdek. Zbývajících 4 tisíce birrů ženě uloží na konto v bance. Tyto peníze jsou přímo určeny na rozvoj její živnosti. Žena si z nich nakoupí zvířata či zboží do začátku, váhy nebo pícku. Pak už je to na ní. První tři měsíce má ‚finanční prázdniny', od čtvrtého měsíce si však musí začít spořit (alespoň 20 birrů měsíčně). Některé ženy, jež jsme navštívili, do projektu vstoupily nedávno, jiné již před několika lety. Byla radost vidět, co se jim podařilo z pouhých pár korun vybudovat. Byly náležitě hrdé na to, jak z prvních pár ovcí, které od nás dostaly, už dnes mají stádečko, k tomu kozy a slepice. To nejpodstatnější však je, že sirotci, o které pečují, mají co jíst, chodí do školy a nežebrají na ulici."

Foto: archiv Diakonie ČCE

Sbírka od konce února do Velikonoc

Letos poprvé Diakonie ČCE k účasti na sbírce vyzývá také nejširší veřejnost. Sbírka probíhá od 22. února 2012 do Velikonoc. Svůj příspěvek můžete posílat na sbírkový účet 93719371/0300. Výtěžek sbírky bude věnován na přímou podporu etiopských sirotků. Další informace o Diakonii Českobratrské církve evangelické i o její sbírce: **www.diakonie.cz**

(jj)

Pozvánka na kurz paliativní medicíny

Institut paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP pořádá pro lékaře certifikovaný kurz nástavbové specializace Paliativní medicína (dle zákona č. 95/2004 Sb.) na téma „Klinická farmacie v paliativní medicíně".

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16 ČLK. Má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLK (ohodnocena kredity). Kurz se koná ve dnech 14. a 15. března v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad. Odborným garantem je Mgr. Jana Gregorová, Ph.D., vedle ní budou přednášet i MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., a MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Odborný program

- Analgetika – klinicky významné farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti účinných látek, kazuistiky.
- Antidepresiva, anxiolytika – klinicky významné farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti účinných látek, kazuistiky.
- Antipsychotika – klinicky významné farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti účinných látek.
- Farmakoterapie v léčbě delirií, kazuistiky.
- Zbytná farmakoterapie v paliativní medicíně, kazuistiky.
- Kazuistiky s antikonvulzivní farmakoterapií – lékové interakce.
- Bisfosfonáty – rozdíly mezi jednotlivými zástupci, kazuistiky zaměřené na správný výběr vhodné látky.

Více informací:
www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny

(red)

Rakovina věc veřejná

Nadace pro výzkum rakoviny Rakovina věc veřejná se v Olomouci podílí na financování výzkumu v oblasti onkologie. Prostředky získává i z benefičních společenských akcí.

Nadace založená v Olomouci v roce 1997 pomáhá financovat výzkum nových protinádorových léčiv a diagnostiku nádorových onemocnění v Laboratoři experimentální medicíny, která působí při Dětské klinice LF UP a FN Olomouc. Činnost tohoto špičkového pracoviště podporují Akademie věd ČR a Univerzita Palackého v Olomouci. Společenské akce pro své partnery i širokou veřejnost nadace pořádá pravidelně již od roku 2001. Výtěžek z těchto benefičních projektů je věnován na nadační konto Rakovina věc veřejná.

Módní přehlídka v hanácké metropoli

Ve vyprodaném Moravském divadle Olomouc proběhla 4. února ve prospěch nadace „Velká módní přehlídka svatebních a společenských šatů“. Diváci zhlédli celkem čtyři kolekce šatů ze svatebního centra Caxa. Patronka nadace Vladka Erbová *(viz foto)* podpořila akci jako manekýnka i v pokročilém stupni těhotenství, za což sklidila velký potlesk a poděkování. Průvodcem a moderátorem večera byl Honza Musil. Mezi jednotlivými módními kolekcemi benefiční večer podpořilo také akrobatické duo Dae Men a houslové trio Inflagranti.

Foto: archiv nadace

Krásné šaty pomohly vydělat skoro půl milionu

Na úplný závěr přehlídky olomoucký primátor Martin Novotný předal symbolický šek z výtěžku ze vstupenek ve výši 67 tisíc korun do rukou přednosty Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc profesora Vladimíra Mihála, jenž je předsedou správní rady nadace a zároveň spoluzakladatelem a čestným předsedou Sdružení Šance (sdružení rodičů a přátel hematologicky a onkologicky nemocných dětí). Předány byly také šeky od partnerů nadace, a tak celková částka z benefičního večera věnovaná nadaci Rakovina věc veřejná dosáhla 427 tisíc korun.

Více informací o těchto akcích i o práci vědeckého týmu:
www.vecverejna.cz **(jj)**

Prezident jmenoval nové profesory

Prezident republiky Václav Klaus jmenoval 1. února 2012 na návrh vědeckých a uměleckých rad vysokých škol 78 nových profesorů. Opět mezi nimi byla řada lékařů i dalších odborníků ze souvisejících oborů.

Foto: Hrad.cz

Na návrh Vědecké rady Univerzity Karlovy v Praze byli jmenováni:
Jiří Beneš (pro obor vnitřní nemoci), Pavel Calda (gynekologie a porodnictví), Ludmila Fialová (kinantropologie), Zuzana Gdovinová (neurologie), Anna Gvozdjáková (lékařská chemie a biochemie), Marcela Kopáčová (vnitřní nemoci), Martin Krbec (chirurgické obory), Hana Langrová (oční lékařství), Mária Mareková (lékařská chemie a biochemie), Pavel Maruna (patologická fyziologie), David Sedmera (anatomie), Jan Vojáček (kardiochirurgie).

Na návrh Vědecké rady Masarykovy univerzity v Brně byli jmenováni:
Petr Cetkovský (pro obor onkologie), Šárka Pospíšilová (onkologie), Tomáš Urbánek (obecná psychologie).

Na návrh Vědecké rady Univerzity Palackého v Olomouci byl jmenován:
Petr Bachleda (pro obor chirurgie).

Na návrh Vědecké rady Univerzity obrany byli jmenováni:
Roman Chlíbek (pro obor hygiena, preventivní lékařství a epidemiologie), Pavel Boštík (lékařská mikrobiologie), Rudolf Štětina (toxikologie). **(mč)**

Inzerce A121001118

1. března 2012 zahajujeme již 7. ročník celostátního projektu NEMOCNICE ČR 2012, zaměřeného na zvyšování kvality a efektivity služeb pacientům v nemocnicích (fakultní, krajské a městské). Co je cílem? Především oceňovat nemocnice pozitivně vnímané v očích pacientů i zaměstnanců. Výsledky poté slouží pro podporu certifikačních a akreditačních norem řízení nemocnice v oblastech sledování spokojenosti pacientů a zaměstnanců nemocnic.

HCI HealthCare Institute

Sledování a hodnocení probíhá v těchto strategických oblastech:

Aktualizovaný dotazník pro potřeby nemocnic

Moderní, přehledný, zjednodušený dotazník

Detaily viz **www.nejlepsi-nemocnice.cz** odkaz podpora pro nemocnice

FINANČNÍ ZDRAVÍ · SPOKOJENÍ PACIENTI · MOTIVOVANÍ ZAMĚSTNANCI · EFEKTIVNÍ PROCESY

NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

V roce 2011 hlasovalo celkem cca 30 tis. pacientů a přes 4 tis. zaměstnanců.

Vítězná nemocnice obdrží od společnosti LINET hi-tech intenzivní nemocniční lůžku a vzdělávání zdravotnického personálu v celkové hodnotě 300.000,- Kč.

Hlasujte od 1. března do 30. září 2012

hlavní partneři: HARTMANN, izip ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNÍ KNÍŽKA, Portál ZP, NOVARTIS, intel, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, InterSystems, PHAR SERVICE

sponzor hlavní ceny: LINET – Vítězná nemocnice obdrží od společnosti LINET hi-tech intenzivní nemocniční lůžko a vzdělávání zdravotnického personálu v celkové hodnotě 300 tisíc Kč.

finanční partner: ČSOB

sponzor projektu: Pfizer – Pracujeme pro zdravější svět

marketingoví partneři: Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, AV MEDIA, FRESENIUS KABI caring for life, Budweiser Budvar, KPMG, ICZ

odborní partneři: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Česká onkologická společnost, Česká asociace sester, Společnost pro chemoterapii, Česká společnost klinické onkologie, Česká gynekologická společnost, Česká urologická společnost, Česká společnost pro radiační onkologii, Česká společnost pro nukleární medicínu, Česká společnost pro mezinárodní zdravotní péči, Česká společnost pro laboratorní diagnostiku, Česká společnost pro klinickou radiologii, Česká společnost pro intenzivní medicínu, Česká společnost pro hyperbarickou medicínu, Česká společnost pro nemocniční lékárenství, Česká společnost pro klinickou farmacii, Česká společnost pro klinickou biochemii, Česká společnost pro infekční lékařství, Česká společnost pro hematologii a krevní transfuzi, Česká společnost pro cévní chirurgii, Česká společnost pro anesteziologii a resuscitaci, Česká společnost pro antropologii, Česká společnost pro anatomii, Česká společnost pro alternativní medicínu, Česká společnost ortopedická, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Česká společnost pro nukleární medicínu, Česká společnost pro mezinárodní zdravotní péči, Česká společnost pro laboratorní diagnostiku, Česká společnost pro klinickou radiologii, Česká společnost pro intenzivní medicínu, Česká společnost pro hyperbarickou medicínu, Česká společnost pro nemocniční lékárenství, Česká společnost pro klinickou farmacii, Česká společnost pro klinickou biochemii, Česká společnost pro infekční lékařství, Česká společnost pro hematologii a krevní transfuzi, Česká společnost pro cévní chirurgii, Česká společnost pro anesteziologii a resuscitaci, Česká společnost pro antropologii, Česká společnost pro anatomii, Česká společnost pro alternativní medicínu, Česká společnost ortopedická, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, TCA, top lékař, czechmed, MSG Professional

partneři: europ assistance, biogen idec, profil, MEDICONSULTING

hlavní mediální partner: ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

hlavní odborný partner: ipsos

podporujeme: www.usmevprosvet.cz

hlavní realizační partner: Clarion

realizační partneři: lékárna schenk s.r.o., kofola, Hosting90

mediální partneři: Sestra, Postgraduální medicína, Hospodářské noviny, ZAMĚSTNANÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ, Radiožurnál, Žena.cz, Moderní řízení

organizátor: HCI

Kalendář akcí odborných lékařských společností – březen 2012

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

Večer neurochirurgů FN Plzeň
21. 3. 2012/Plzeň
Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni, neurochirurgické oddělení FN Plzeň
Kontakt: www.fnplzen.cz

European congress on osteoporosis and osteoarthritis
21.–24. 3. 2012/Bordeaux, Francie
Kontakt: www.iof-ecceo12.org

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
22. 3. 2012/Hradec Králové
Místo konání:
Nové Adalbertinum
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Zobrazování hrudníku, pneumokoniózy
22. 3. 2012/Olomouc
Místo konání: posluchárna Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc
Pořadatel: Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc
Kontakt: www.lkcr.cz

HPV – Právo – Alergie a Astma
22. 3. 2012/Praha
Místo konání: Autoklub ČR
Pořadatelé: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Kontakt: www.lkcr.cz; www.ahou.cz

Jarní ortopedické sympozium
Onemocnění patelofemorálního kloubu
22.–23. 3. 2012/Praha
Místo konání:
Magistrát hl. m. Prahy
Pořadatelé: Ortopedická klinika 2. LF UK a FN Motol, Ortopedická klinika LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt:
www.ortopedicke-centrum.cz

12. krakonošský CT kurz
Srdce, cévy hrudníku, mediastinum
22.–24. 3. 2012/Harrachov
Místo konání: Hotel Sklář
Pořadatel: Česká radiologická společnost ČLS JEP, Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: www.crs.cz

Ilustrační foto: Shutterstock

6. demonstrační kurz a seminář sanační a rekonstrukční chirurgie středního ucha
22.–24. 3. 2012/Svitavy
Místo konání:
Svitavská nemocnice
Pořadatelé: oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku Svitavské nemocnice, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LF UK a FN Hradec Králové, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FZS Univerzity Pardubice a Pardubické krajské nemocnice, Klinika dětské ORL LF MU a FN Brno, Česká společnost ORL a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt:
prim. MUDr. Libor Sychra;
e-mail: sychra@nemsy.cz;
http://otolaryngologie.cz;
www.nemsy.cz

44. schůze České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP
V rámci konference sekcie gynekológie detí a dospievajúcich Slovenskej gynekologicko-pôrodníckej spoločnosti SLS
22.–24. 3. 2012/Turčianske Teplice
Pořadatel: sekcia gynekológie detí a dospievajúcich SSGPS SLS
Kontakt: www.sgps.sk
www.detskagynekologie-clsjep.cz;

Konference SPLDD ČR
23. 3. 2012/Strakonice
Místo konání: Hotel Bavor
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Kontakt: www.detskylekar.cz

Psychodynamické přístupy u úzkostných poruch
23. 3. 2012/Praha
Místo konání:
Řehořova 10, Praha 3
Pořadatelé: Česká psychoanalytická společnost, Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP
Kontakt:
www.psychoterapeuti.cz

Beskydský pediatrický den
23. 3. 2012/Hukvaldy u Frýdku-Místku
Místo konání: Hotel Hukvaldy
Pořadatel: Česká pediatrická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.bos-congress.cz

Fototerapie a další přístrojové techniky v estetické medicíně
24. 3. 2012/Praha
Místo konání:
oválná pracovna ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Léčba závislosti na tabáku
24. 3. 2012/Praha
Místo konání: Kongresové centrum Nemocnice Na Homolce
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

2. severočeský algeziologický den
Neuropatická bolest, novinky ve farmakologii, novinky v intervenčních metodách terapie
24. 3. 2012/Ústí nad Labem
Místo konání: kongresový sál budovy krajského úřadu
Pořadatel: ambulance bolesti neurochirurgického oddělení Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem
Kontakt: www.bos-congress.cz

Senológia 2012
24. 3. 2012/Bratislava
Místo konání: Hotel Nivy
Pořadatel: Slovenská gynekologicko-pôrodnícka spoločnosť SLS
Kontakt: www.sgps.sk

Kurz z kardiologie
24. 3. 2012/Praha
Místo konání: Klub ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

SIR annual scientific meeting 2012
24.–29. 3. 2012/San Francisco, USA
Pořadatel: Society of Interventional Radiology (SIR)
Kontakt: www.sirmeeting.org

15th WFSA world congress of anaesthesiologists
25.–30. 3. 2012/Buenos Aires, Argentina
Kontakt: www.wca2012.com

Kafkův večer
Přednáškový večer Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
26. 3. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel:
Spolek českých lékařů v Praze
Kontakt: www.cls.cz

Intersticiální plicní procesy
27. 3. 2012/Plzeň
Místo konání: FN Plzeň
Pořadatelé:
Okresní sdružení ČLK Plzeň-město, radiodiagnostické oddělení FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
27. 3. 2012/Ostrava
Místo konání: Hotel Imperial
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Ústavní seminář PL Bohnice
28. 3. 2012/Praha
Místo konání:
Psychiatrická léčebna Bohnice, velký sál Divadla Za plotem
Pořadatelé: Okresní sdružení ČLK Praha 8, PL Bohnice
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
28. 3. 2012/Praha, České Budějovice
Místa konání:
Lékařský dům (Praha), hotel Malý Pivovar (České Budějovice)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

HPV – Právo – Alergie a Astma
29. 3. 2012/Praha
Místo konání: Autoklub ČR
Pořadatelé: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Kontakt: www.lkcr.cz

Interní medicína pro praxi – 7. konference ambulantních internistů
29.–30. 3. 2012/Olomouc
Místo konání:
Regionální centrum Olomouc
Pořadatel: 3. interní klinika LF UP a FN Olomouc
Kontakt:
www.internimedicina.cz

6th international Poznan course in shoulder, elbow and wrist surgery
29.–30. 3. 2012/Poznaň, Polsko
Kontakt: www.artro.pl

2nd international congress on epilepsy, brain & mind
29.–31. 3. 2012/Praha
Místo konání:
Kongresové centrum U Hájků
Pořadatelé: Liga proti epilepsii ČR a národní ligy proti epilepsii Albánie, Rakouska, Maďarska, Makedonie, Polska, Srbska, Slovenska a Slovinska
Kontakt:
www.epilepsy-brain-mind2012.eu/en/welcome

Endovienna 2012

1. světový kongres FESS, nosu a vedlejších nosních dutin
5. světový kongres endoskopické chirurgie mozku, spodiny lebeční a páteře
29. 3. – 1. 4. 2012/Vídeň, Rakousko
Kontakt:
www.endovienna2012.com

Jarní hematologický den regionu Jižní Morava a Kraje Vysočina

Poruchy krevní srážlivosti z hlediska mezioborové spolupráce
30. 3. 2012/Brno
Místo konání: oddělení klinické hematologie FN u sv. Anny
Pořadatelé: oddělení klinické hematologie FN u sv. Anny a oddělení klinické hematologie FN Brno
Kontakt: MUDr. Marta Zvarová; e-mail: marta.zvarova@fnusa.cz; prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.; e-mail: m.penka@fnbrno.cz; www.hematology.cz, www.thrombosis.cz

28. sjezd SAOF

30.–31. 3. 2012/Humpolec
Pořadatel: Sdružení ambulantních otorinolaryngologů a foniatrů (SAOF)
Kontakt: MUDr. Jitka Vydrová; e-mail: vydrova@medico.cz; Mgr. Romana Domagalská; e-mail: domagalska@medico.cz; http://otolaryngologie.cz/28-sjezd-saof-v-humpolci

18. podkrušnohorské elektrofyziologické dny

30.–31. 3. 2012/Červený Hrádek, Jirkov
Místo konání: Zámek Červený Hrádek
Kontakt: www.mhconsulting.cz

17. luhačovické dny

30.–31. 3. 2012/Luhačovice
Pořadatelé: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP (ČSAKI), Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma
Kontakt: MUDr. Eva Šabová; tel.: 577 681 129; e-mail: sabova@lazneluhacovice.cz; www.csaki.cz

Konference SPLDD ČR

31. 3. 2012/Dobřany
Místo konání: Kulturní dům Káčko
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Kontakt: www.detskylekar.cz

13. Vejdovského olomoucký vědecký den

31. 3. 2012/Olomouc
Místo konání: Právnická fakulta LF UP Olomouc
Kontakt: doc. MUDr. Jiří Řehák, CSc.; e-mail: jiri.rehak@fnol.cz; www.oftalmologie.com

Vzdělávací seminář OSPDL ČLS JEP

31. 3. 2012/Děčín
Místo konání: Hotel Česká koruna
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

13. celostátní konference o nemocech prsu

31. 3. 2012/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: senologická sekce České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Pavel Strnad, CSc.; tel.: 224 434 295; e-mail: pavel.strnad@lfmotol.cuni.cz; www.senologie.cz

Kurz z lékařské genetiky pro pediatry

31. 3. 2012/Praha
Místo konání: oválná pracovna ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Novinky ve vnitřním lékařství

31. 3. 2012/Praha
Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Management ordinace praktického lékaře pro děti a dorost

31. 3. 2012/Liberec
Místo konání: Krajský úřad Libereckého kraje
Pořadatelé: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Kontakt: www.cls.cz

Kurz porodnické analgezie a anestezie

31. 3. 2012/Praha
Pořadatel: sekce porodnické analgezie a anestezie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.; tel.: 224 967 198; e-mail: parizek@porodnice.cz; www.cgps.cz

22nd ECCMID – European congress of clinical microbiology and infectious diseases

31. 3. – 3. 4. 2012/Londýn, Velká Británie
Pořadatel: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID)
Kontakt: www.congrex.ch/eccmid2012

(sta)

Inzerce A121002884

Mladá fronta divize Medical Services představuje

Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty

Kniha stručnou formou popisuje praktický přístup k léčbě a sledování pacientů s diabetem 2. typu. Zaměřuje se nejen na terapii vlastního diabetu, ale také na prevenci diabetických komplikací a léčbu nejčastějších přidružených onemocnění, především obezity, arteriální hypertenze a dyslipidemie. Zcela nově je zařazena kapitola, v níž autor upozorňuje na nejdůležitější a často se opakující chybné postupy v léčbě tohoto onemocnění. V závěru jsou nastíněny perspektivy prevence a léčby diabetu 2. typu do budoucna.

Autor: prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.

Doporučená cena 290 Kč

Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc

– možnosti komplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta

Cílem předkládané monografie je pozvednout povědomí o skutečných možnostech dechové rehabilitace jako součásti komplexní nefarmakologické léčby CHOPN a astmatu, které je v České republice zatím malé. Vedle kapitol věnovaných kineziologii, chemické regulaci dýchání, funkčnímu vyšetření dechových funkcí a poruchám ventilace jsou proto v knize podrobně zpracovány právě klinické jednotky asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc. Spolu s precizním popisem farmakoterapie jsou uvedeny zcela nové nefarmakologické způsoby léčby AB a CHOPN se zaměřením na možnosti komplexní rehabilitační léčby.

Autoři: Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D., prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc., a kolektiv

Doporučená cena 350 Kč

MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihy@mf.cz

Při objednání na kniha.cz sleva 15%

MLADÁ FRONTA

NOVÉ KNIHY

Ctibor Povýšil, Ivo Šteiner a kol.
Obecná patologie

Rozsah: 290 stran
Cena: 990 Kč
ISBN: 978-80-7262-773-8
Vydavatel: Galén

Učebnice shrnuje obecně platné poznatky o patologických procesech, které jsou podkladem chorobných dějů v lidském organismu. Konkrétně jsou rozebrány a na řadě příkladů vysvětleny nejvýznamnější obecné charakteristiky buněčných patologických změn, poruch oběhu, zánětlivých, nádorových a infekčních onemocnění spolu s účinky zevních vlivů a důsledky nedostatečné výživy. Autoři poskytují čtenářům návod ke snadnějšímu pochopení dané problematiky, při dodržování moderních klasifikačních schémat a mezinárodně uznávané terminologie pro označování jednotlivých nozologických jednotek.

Miroslav Kučera, Pavel Kolář, Ivan Dylevský a kol.
Dítě, sport a zdraví

Rozsah: 190 stran
Cena: 290 Kč
ISBN: 978-80-7262-712-7
Vydavatel: Galén

Pohled na sportovní aktivity člověka, zejména v dětském věku, doznal v poslední době změn. Sedavý způsob života se snažíme kompenzovat organizovanou aktivitou, která však obvykle přináší tělesnou zátěž nesmíšenou, na rozdíl od zátěže, s níž se naši předkové setkávali při fyzické práci. Sport má u dnešního dítěte reagovat na změněný způsob života, měl by stimulovat aktivní zdraví, výkonnost, ale i proces růstu a vývoje. V první řadě musí přinášet radost ze hry, nikoli řeholi organizovaného tréninku, protože mnohdy se sport u současných dětí stává rizikovou činností, především v nejmladších věkových kategoriích. Autoři publikace se proto snaží poukázat na některé základní požadavky mladého organismu, který se dokáže nadchnout, ale často nikoli bránit. Ke spolupráci přizvali lékaře, pedagogy, psychology i trenéry.

Jiří Hoch, Jan Leffler a kol.
Speciální chirurgie
3., rozšířené a přepracované vydání

Rozsah: 590 stran
Cena: 995 Kč
ISBN: 978-80-7345-253-7
Vydavatel: Maxdorf

Do třetího vydání publikace byla nově zahrnuta problematika kardiovaskulární chirurgie a neurochirurgie, stručné kapitoly z anesteziologie, onkologie, hematologie, mikrobiologie, patologie, genetiky a zobrazovacích metod. Novou součástí je i obrazová příloha, která pomůže k zapamatování základních chirurgických nálezů.

Tomáš Janota
Šok a kardiopulmonální resuscitace

Rozsah: 64 stran
Cena: 69 Kč
ISBN: 978-80-7387-486-5
Vydavatel: Triton

Znalosti z oblasti resuscitace je třeba pravidelně obnovovat, obohacovat a aktualizovat. Zahájení léčby na jakémkoli (i ambulantním) oddělení může být rozhodující pro její úspěch. Kniha obsahuje mnoho instruktážních obrázků a schémat. Čerpat z ní mohou i lékaři bez specializovaných znalostí v oboru intenzivní medicíny a také studenti a sestry.

Jitka Abrahámová (ed.)
Vybrané otázky Onkologie XV.

Rozsah: 188 stran
Cena: 200 Kč
ISBN: 978-80-7262-450-8
Vydavatel: Galén

Sborník vydaný k příležitosti konání 19. onkologicko-urologického sympozia a 15. mamologického sympozia, pořádaných v Praze na sklonku minulého roku, obsahuje příspěvky týkající se nových poznatků v diagnostice a léčbě onkologických onemocnění varlat, penisu, prostaty a prsu.

Jan Poněšický
Zásady prevence psychosomatických onemocnění

Rozsah: 120 stran
Cena: 159 Kč
ISBN: 978-80-7387-518-3
Vydavatel: Triton

Psychogenní onemocnění jsou v naší uspěchané době, zaměřené na výkon a úspěch, stále častějším fenoménem. Odcizení, povrchnost vztahů a smysl života viděný v zábavě a blahobytu protiřečí autentickým lidským hodnotám a potřebám jak seberealizace, tak i vzájemnosti a občanské odvahy. Zvláště neurózy a psychosomatické choroby, jež jsou považovány za civilizační choroby, jsou podmíněné nepřirozeným způsobem života, stresem, to jest tlakem na přizpůsobení se daným podmínkám, přičemž rozhodující roli hraje způsob, jak tyto zátěžové situace zpracováváme. Mnohem lépe se s nimi vyrovnávají lidé, kteří dbají na své mezilidské vztahy a zázemí, a též ti, kteří se ze svých zkušeností učí a mohou se opřít o své názory a ideály.
To je i cíl psychoterapie. Autor poukazuje na fakt, že rozhodující roli v ní hraje vztah a interakce mezi pacientem a terapeutem, jeho postoj a angažovanost. Terapeut se v jistých ohledech stává pro pacienta vzorem. Na co terapeut reaguje, do jakých stránek pacientovy osobnosti se vciťuje a jak s ním jedná – tato interpersonální dynamika, kterou Autor podrobně popisuje, hraje podstatnější roli než proklamované terapeutické postupy a techniky.

Zdeněk Matějček
Praxe dětského psychologického poradenství

Rozsah: 344 stran
Cena: 469 Kč
ISBN: 978-80-262-0000-0
Vydavatel: Portál

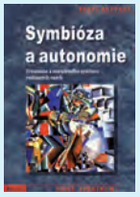
Publikace vychází v aktualizovaném vydání, které připravila PhDr. Jarmila Klégrová, dětská psycholožka a dcera profesora Matějčka. Prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc., (1922–2004) vyšetřil během své mnohaleté poradenské práce přes 30 tisíc dětí a proslul výzkumem psychické deprivace. Zdůrazňoval nezastupitelnou úlohu rodiny pro zdravý rozvoj dětí. Vytvořil nebo upravil řadu psychodiagnostických metod, které jsou u nás při práci s dětmi užívány. Ve svých knihách a článcích se pravidelně vyslovoval k otázkám výchovy, specifických poruch učení, školní zralosti, hodnocení dětí atd. Hlásil se k biopsychosociálnímu přístupu, zároveň v knize zdůrazňuje tvořivost a respekt k jedinečnosti svých malých klientů. Ještě více než o vědecký výklad tématu mu jde o zpracování osobní zkušenosti a osobní vyznání. Mezi probíraná témata patří: obecné zásady dětského psychologického poradenství a psychologického vyšetření dětí, poruchy učení, mentální retardace, mozkové dysfunkce, smyslové vady, poruchy emocí a chování vzniklé v dětství ad.

Jan Michalík a kol.
Zdravotní postižení a pomáhající profese

Rozsah: 512 stran
Cena: 769 Kč
ISBN: 978-80-7367-859-3
Vydavatel: Portál

Úvodní kapitoly se věnují popisu současných tendencí společenského vývoje v ČR ve vztahu k občanům se zdravotním postižením. Jsou prezentovány aktuální demografické údaje i přehled relevantních koncepcí a dokumentů českého státu za posledních 20 let. Další kapitoly se zaměřují na konkrétní zdravotní postižení – mentální (včetně exkurzu k duševním onemocněním), tělesná, zraková, sluchová a na oblast narušených komunikačních schopností. V každé kapitole čtenář nalezne základní informace o příslušném postižení, stručný přehled terminologie, klasifikaci a charakteristiku postižených. Následuje oblast zaměřená na specifické projevy a dopady daného zdravotního postižení, možnosti (a meze) poradenství a dalších intervenčních přístupů a metod se zohledněním tzv. resortních specifik. Přehledně jsou podána i pravidla pro jednání se zdravotně postiženými, jeho zásady, metody a formy a případná rizika v komunikaci. V závěru jsou zařazeny také odkazy na další zdroje informací, poradenská pracoviště, svépomocné organizace a sdružení ad.

Franz Ruppert
Symbióza a autonomie
Traumata z narušeného systému rodinných vazeb



Rozsah: 272 stran
Cena: 375 Kč
ISBN: 978-80-7345-258-2
Vydavatel: Portál

Autor se zamýšlí nad tím, proč je často tak obtížné přivést k odpoutání od rodičů právě ty děti, které ze strany rodičů zažily jednoznačná poškození. Proč jsou právě ty děti, které byly svými rodiči nejvíce zanedbávané či zneužívané, později nejméně schopné se od nich vnitřně distancovat? Odpovědí na uvedené otázky je skutečnost, že symbiotický proces mezi matkou a dítětem se pro ně stal traumatem – symbiotickým traumatem. V jeho důsledku u dítěte dochází k psychickému štěpení. Je nuceno obracet svou pozornost k druhým lidem, na nichž se pak stává závislé.

Petr Šulista, Václav Prokopius
Krize svědomí

Rozsah: 192 stran
Cena: 179 Kč
ISBN: 978-80-7387-433-9
Vydavatel: Triton

Autoři se zamýšlejí nad příčinami negativních jevů v naší společnosti. Všímají si i špatných lidských vlastností, jako je krutost, bezohlednost, zášť, chamtivost, závist, šikana a další, a stavějí je do protikladu k pokoře, skromnosti, slušnosti a soucítění. Upozorňují na narůstající absenci svědomí a výrazný odklon od duchovních hodnot. Na konkrétních výpovědích ukazují, čeho všeho je člověk schopen. Řešení vidí v mezilidské komunikaci, v kladení otázek a hledání odpovědí, ale především ve schopnosti naslouchat si a respektovat se.

Ukončení péče ze strany lékaře

na dotazy odpovídá
Mgr. Radek Policar
radek.policar@seznam.cz

Jakým způsobem mohu ukončit péči o pacienta, kterého již nechci mít ve své evidenci, resp. je to vůbec možné, když ke mně pacient nechce přestat docházet? Mám mu prostě předat kartu s tím, ať si najde jiného lékaře? Jde o to, že tento člověk nerespektuje moji léčbu ani doporučení k úpravě životosprávy, nebere předepsané léky a vůbec nespolupracuje. Navíc se nikdy nedostaví v dohodnutém termínu, zato když přijde, dožaduje se přednostního ošetření, uráží ostatní pacienty v čekárně i sestru. Lékařská přísaha je hezká věc, ale za takových okolností? Podotýkám, že případné ukončení péče z mé strany by pacienta bezprostředně neohrozilo na životě.

To, nač se tazatel ptá, je známý „neřešitelný" problém. Současná právní úprava nezná žádný důvod, pro který by mohl ten, kdo poskytuje zdravotní péči, jednostranně odmítnout svému stávajícímu pacientovi další poskytování této péče. Jiná situace nastane, až 1. dubna 2012 nabude účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Ten v § 48 již uvádí důvody, pro které může poskytovatel zdravotních služeb ukončit péči o pacienta. Těchto důvodů je celkem pět.

5 důvodů k ukončení péče (platí od 1. dubna 2012)

- První důvod je takřkajíc konsenzuální a nepochybně jej lze použít i teď. Jedná se totiž o případ, kdy poskytovatel zdravotních služeb předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele zdravotních služeb.
- Druhý důvod lze použít pouze u těch poskytovatelů, kteří nejsou tzv. registrujícími poskytovateli (za ty se považují poskytovatelé ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví, kteří přijali pacienta do péče za účelem poskytnutí primární ambulantní péče – viz § 3 odst. 5 zákona o zdravotních službách). Tedy jiní než registrující poskytovatelé zdravotních služeb mohou jednostranně ukončit péči o pacienta v případě, kdy pominou důvody pro poskytování zdravotních služeb.
- Třetí důvod je logickým dopadem určitého chování pacienta. V tomto případě je poskytovatel oprávněn ukončit péči o pacienta, jestliže ten vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb ze strany tohoto poskytovatele.
- Čtvrtý případ umožňuje poskytovateli zdravotních služeb reagovat ukončením péče o pacienta na nepřijatelné chování ze strany pacienta, a to konkrétně slovy zákona v těch případech, kdy pacient „závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem".
- Do jisté míry komplementárním pravidlem pak je pátý zákonný důvod, který umožňuje poskytovateli zdravotních služeb jednostranně ukončit péči o pacienta (byť je zmíněná jednostrannost spíše formální). Tímto důvodem totiž je, že pacient přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb. Tento důvod však pro uvedený účel nelze využít tehdy, jestliže neposkytování součinnosti ze strany pacienta souvisí s jeho zdravotním stavem.

Ilustrační foto: Shutterstock

Jediná výjimka

Zákon ve vztahu ke všem uvedeným důvodům oprávněného ukončení péče o pacienta poskytovatelem zdravotních služeb uvádí jednu výjimku, kdy takto nelze postupovat. Jedná se o případ, kdy by v důsledku ukončení poskytování zdravotních služeb došlo k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta. Poskytovatel zdravotních služeb má také v případě použití čtvrtého a pátého uvedeného důvodu jednu související povinnost. V těchto případech musí o ukončení péče vydat pacientovi písemnou zprávu, ve které je uveden důvod jejího ukončení péče.

Ztráta peněz při hospitalizaci v nemocnici

Pacientce hospitalizované na našem oddělení zmizela z nočního stolu větší peněžní částka – prý 15 tisíc korun (důchod za jeden měsíc a peníze na pobyt v nemocnici). Příbuzní pacientky od nás peníze vymáhají, ačkoli nikdo z personálu je u paní nikdy neviděl a není vůbec jisté, že příbuzní jí důchod do nemocnice přinesli. Jak máme postupovat? Na oddělení máme trezor na uschování cenností pacientů, ale pacientka podle tvrzení sester o uložení peněz nepožádala...

Toto je bohužel situace, se kterou se pravidelně setkává každé lůžkové zdravotnické zařízení. V omezení výskytu, nikoli však absolutní „eradikaci" tohoto jevu pomáhá pouze zvýšená informovanost pacientů a naléhání, aby si cenné věci či přímo peníze ve větší míře buď do nemocnice vůbec nenosili, nebo využívali možnosti, kterou jim nemocnice nabídne, tedy uložit si je do trezoru.

Nemocnice odpovídá, ale...

Právní posouzení této otázky nevyplývá z žádného specifického zdravotnického zákona, ale ze zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. Ten zná v §§ 433–437 jednu z tzv. zvláštních odpovědností za škodu, a to konkrétně odpovědnost za škodu způsobenou na vnesených nebo odložených věcech. Základní ustanovení prvního odstavce § 433 uvádí, že „provozovatel poskytující ubytovací služby odpovídá za škodu na věcech, které byly ubytovanými fyzickými osobami nebo pro ně vneseny, ledaže by ke škodě došlo i jinak. Vnesené jsou věci, které byly přineseny do prostor, které byly vyhrazeny k ubytování nebo k uložení věcí, anebo které byly za tím účelem odevzdány provozovateli nebo některému z pracovníků provozovatele." Nemocnice nepochybně je *sui generis* provozovatelem poskytujícím ubytovací služby a noční stolek je místo určené k odkládání věcí. Tedy citované ustanovení občanského zákoníku se použije i na shora uvedený případ.

Nicméně je zde řada souvisejících aspektů, které lze vzít do úvahy při hledání konkrétní povinnosti zdravotnického zařízení poskytnout v tomto případě náhradu škody. Jednou z relevantních otázek je, zda nelze spatřovat odpovědnost za vzniklou škodu také na straně pacientky. K takovému závěru by se dalo dospět zvláště v případech, byla-li pacientka upozorněna na skutečnost, že pokoje stejně jako noční stolky se nezamykají, a teoreticky kdokoli se tak v době její nepřítomnosti může dostat k obsahu jejího nočního stolku a tento obsah si odnést. Stejně tak by bylo relevantní, pokud zdravotnické zařízení nabídlo pacientce možnost uložit si cenné věci do trezoru či jiný typ bezpečnější úschovy.

Odpovědnost jen do 5 tisíc Kč

Je třeba též zmínit, že podle § 434 odst. 1 občanského zákoníku se za klenoty, peníze a jiné cennosti odpovídá jen do výše stanovené prováděcím předpisem. Tím je nařízení vlády č. 258/1995 Sb., kterým se provádí občanský zákoník. Hned v § 1 stanoví, že za klenoty, peníze a jiné cennosti se odpovídá jen do výše 5000 Kč. Důležité je v této souvislosti i ustanovení § 436 občanského zákoníku. To určuje tzv. propadnou neboli prekluzivní lhůtu pro uplatnění práva na náhradu škody. Podle této pasáže zákona musí být právo na náhradu škody uplatněno u provozovatele bez zbytečného odkladu. Právo pak zanikne, nebylo-li uplatněno nejpozději patnáctého dne po dni, kdy se poškozený o škodě dozvěděl. Čili důsledek tohoto ustanovení občanského zákoníku je takový, že v případě, kdy poškozený požádá o náhradu škody až šestnáctý či kterýkoli pozdější den po dni, kdy se o škodě dozvěděl, nemá již nárok na byť jinak oprávněnou náhradu škody, a v případě, že se obrátí na soud, ten mu nijak nepomůže.

Další a nikoli nepodstatný aspekt je již zmíněn v samotné otázce. Pokud poškozený žádá o náhradu škody, musí nejprve prokázat, že mu nějaká škoda vznikla. Tedy v tomto případě by pacientka musela zejména prokázat, že měla uvedenou sumu peněz vůbec v nočním stolku uloženu.

SERVIS

Zajímavé www stránky – Münchhausenův syndrom

Dnešní téma nás zavede do oboru psychiatrie, ale s pacientem trpícím Münchhausenovým syndromem se může setkat specialista kteréhokoli oboru. Jde o poměrně vzácné onemocnění, mezi jehož základní příznaky patří předstírání nějaké choroby či symptomu, pro které je „nemocný“ obvykle složitě vyšetřován a případně i léčen. Oproti simulaci je zde podstatné, že patologickou podstatou choroby je právě předstírání symptomů, pro které pacient nemá žádnou jinou motivaci.

World Jounal of Emergency Surgery: Munchausen syndrome in the emergency department

www.wjes.org/content/4/1/38

Skutečnost, že diagnostika syndromu není vždycky jednoduchá, prezentuje článek zveřejněný ve World Journal of Emergency Surgery. Jeho autory jsou odborníci z oborů psychiatrie, chirurgie a intenzivní medicíny z bruselské Universitair Ziekenhuis. Hlavní součástí článku je kazuistika čtyřicetileté ženy, která byla přijata na urgentní příjem pro bolesti břicha. Poměrně bizarní anamnestické údaje vedly k sérii řady vyšetření a intervenčních postupů, jež přinesly zajímavý závěr. Autoři se zabývají i složitou problematikou diferenciální diagnostiky a představují přehled literatury na toto téma.

Dr. Marc Feldman's: Munchausen syndrome

www.munchausen.com

Dr. Marc Feldman pracuje jako profesor psychiatrie a psychologie na americké Alabamské univerzitě. Jeho hlavním profesním zájmem je právě Münchhausenův syndrom, o kterém ve velké míře přednáší, publikuje a sbírá podrobné informace. Velkou část pak zveřejňuje na svých osobních webových stránkách, kde najdeme například odkazy na různé texty určené pro odbornou i laickou veřejnost.

Beyond Munchausen syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting

pediatrics.aappublications.org/content/119/5/1026.long

Odborný článek zaštítěný Americkou pediatrickou akademií (AAP) se zabývá trochu jinou variantou onemocnění, a to Münchhausenovým syndromem by proxy, což je duševní onemocnění, kdy nemocný předstírá onemocnění u jiné (blízké) osoby, obvykle u dítěte.

Cardiac Munchausen syndrome

chestjournal.chestpubs.org/content/122/5/1649.long

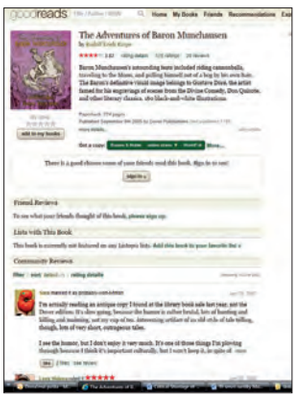
Magazín Chest v listopadu 2002 zveřejnil metaanalýzu 58 kazuistik pacientů s Münchhausenovým syndromem, kteří se prezentovali kardiální symptomatikou – šlo převážně o bolesti na hrudi imitující akutní koronární syndrom, dále o kolapsové stavy a stavy dušnosti. Autoři ve svém článku analyzují statistická data a upozorňují na rizika možného poškození pacienta spjatá s důkladným a případně i intervenčním diagnostickým a terapeutickým postupem.

The Adventures of Baron Munchausen

www.goodreads.com/book/show/836924.The_Adventures_of_Baron_Munchausen

Výše uvedený link neodkazuje na odborný zdroj medicínských informací, ale na server, který je určen milovníkům knih. Münchhausenův syndrom totiž za svůj název vděčí osobě známé jako baron Münchhausen či baron Prášil. Šlo o německého cestovatele a vojáka, který žil v 18. století a byl znám především tím, že po návratu z války vyprávěl mnoho vymyšlených příběhů a těžko uvěřitelných zážitků. Osobu barona Prášila ve své knize zvěčnil Rudolph Erich Raspe a na její motivy bylo natočeno i několik filmů.

MUDr. Michal Pelíšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Číslo 4/2012, www.zdn.cz

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

Redakce
Filip Kůt, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Téma, Ze zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (kongresy, reportáže)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
Mgr. Martin Čermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jílková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban, Irena Soukupová, David Daniel, Martin Ježek, Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák, MUDr. Milena Lesná, prof. Ing. Jaroslav Petr

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

Grafika a technické zpracování
Bc. Karolína Hejná
tel. 225 276 265, e-mail: hejna@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
PharmDr. Radim Petráš
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE
fax 225 276 444

group sales manager
Ing. Patrik Rusiňák
602 114 117
e-mail: obchod.ms@mf.cz

personální inzerce
tel. 732 881 340
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

MLADÁ FRONTA

generální ředitel
Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

kreativní ředitel
René Decastelo

art director
Petr Honzátko

VÝROBA
retuš Milan Kubička, Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

MARKETING
ředitelka marketingu novin a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrychová

DISTRIBUCE
vedoucí výroby a distribuce Soňa Štarhová
manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mf.cz

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

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

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje: Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
tel. 800 300 302,
e-mail: predplatne.mf@cpost.cz
www.periodik.cz
Cena ročního předplatného je 590 Kč.
Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum, Vídeňská 995/63, 639 63 Brno
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrosso, 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.

Doporučená cena 28 Kč.

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

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 23. 2. 2012
Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

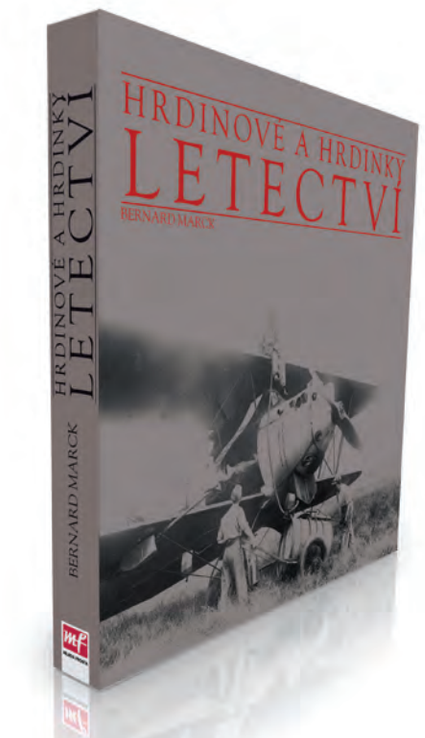
© Mladá fronta a. s., 2012
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

Inzerce A1210028B1 ▶

Předplaťte si

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Předplatné na rok + mimořádná kniha



Kniha „Hrdinové a hrdinky letectví“

Marck Bernard

Dobrodružné osudy letců od roku 1783 do současnosti. Historik letectví, novinář a někdejší dopisovatel britského časopisu Flight International ve Francii Bernard Marck sestavil velkolepý soubor portrétů letců, kteří se nebáli překonávat dosavadní rekordy a posouvat tak vpřed vývoj aviatiky. Vedle nejslavnějších letců a letkyň se Bernard Marck ve své knize věnuje též obecnějším kapitolám dějin letectví: jeho počátkům v 19. století, úloze letadel za první světové války či vývoji létání v meziválečném Německu.

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 11. 3. 2012.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč

Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu.** Do předmětu napište kód **ZDN 0212**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**

Volejte zdarma 800 300 302

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0212**

Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jmeno, prijmeni, adresa, lekarska specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po–pá 9.00–17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Svojí objednávkou 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 zasílání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoliv 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. Podrobné informace a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Výběrová řízení

Manažer/manažerka kvality

Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s.,
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

- Manažer/manažerka kvality

Požadujeme:
- vysokoškolské vzdělání, popř. VOV ve zdravotnictví,
- praktické zkušenosti v oblasti kvality ve zdravotnictví,
- flexibilitu, organizační, řídicí a komunikační schopnosti.

Nabízíme:
- smluvní mzdu,
- zaměstnanecké benefity,
- 5 týdnů dovolené,
- profesní růst,
- v případě potřeby možnost ubytování.

Přihlášku do výběrového řízení doloženou strukturovaným životopisem s přehledem dosavadního zaměstnání a praxe, fotokopiemi dokladů o dosaženém vzdělání a platným výpisem z rejstříku trestů zasílejte do 9. 3. 2012 na adresu: Personální odbor Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s., Ing. Dagmar Limberská, U Nemocnice 980, 757 42 Valašské Meziříčí, tel.: 571 758 103, e-mail: dasa.limberska@valmez.cz

ZDN A121002740

Přednostové

Děkan Lékařské fakulty Ostravské univerzity spolu s ředitelem Fakultní nemocnice Ostrava
vyhlašují výběrová řízení na obsazení místa:

- Přednosta Anesteziologicko-resuscitační kliniky

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

- Přednosta Kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru orální a maxilofaciální chirurgie, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

- Přednosta Otorinolaryngologické kliniky

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru otorinolaryngologie, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

- Přednosta Ústavu laboratorní diagnostiky

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání přírodovědného směru a získání specializované způsobilosti odborného pracovníka v laboratorních metodách, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

K přihlášce nutno přiložit: strukturovaný profesní životopis, osobní dotazník, doklady o vzdělání a udělených titulech, přehled pedagogických a publikačních aktivit, osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb., čestné prohlášení ve smyslu § 4 zákona č. 451/1991 Sb., reference dvou odborných ručitelů, platný výpis z rejstříku trestů, čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení, a návrh koncepce řízení příslušného pracoviště.

Přihlášky přijímá do 19. 3. 2012 do 14 hodin úsek zaměstnanosti nebo podatelna, FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba.

ZDN A121002737

Primáři

Ředitel Kroměřížské nemocnice, a. s.,
vypisuje výběrové řízení na obsazení míst:

- Primář/primářka interního oddělení
- Primář/primářka urologického oddělení
- Primář/primářka ORL oddělení

Kvalifikační požadavky:
- vysokoškolské vzdělání lékařského směru + specializovaná způsobilost v oboru,
- nejméně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- manažerské a organizační schopnosti,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu.

K přihlášce nutno doložit:
- strukturovaný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- úředně ověřené kopie dokladů o dosažené kvalifikaci, příp. rozhodnutí MZ ČR o uznání odborné a specializované způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- platný výpis z rejstříku trestů,
- doklad o zdravotní způsobilosti,
- přehled vzdělávací aktivity a publikační či přednáškové činnosti,
- koncepci řízení a managementu v daném oboru,
- souhlas se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb.,
- licenci ČLK pro výkon vedoucí funkce.

Písemné přihlášky zasílejte do tří týdnů ode dne zveřejnění na adresu: Kroměřížská nemocnice a.s., personální oddělení, Havlíčkova 660, 767 55 Kroměříž, e-mail: vlasta.prochazkova@nem-km.cz

ZDN A121002732

Vrchní laborant

Náměstkyně ředitele pro ošetřovatelskou péči a kvalitu Městské nemocnice v Litoměřicích
vypisuje výběrové řízení na pozici:

- Vrchní laborant komplementu laboratoří

Požadované kvalifikační předpoklady:
- středoškolské vzdělání,
- způsobilost k výkonu povolání zdravotního laboranta dle zák. 96/ 2004 Sb.,
- specializovaná způsobilost v některém z oborů laboratorních metod a způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu podmínkou,
- odborná praxe min. 5 let,
- VŠ vzdělání (Mgr., Bc.) výhodou,
- zkušenost s vedením lidí a znalost práce na PC nezbytná.

Písemné přihlášky zasílejte nejpozději do 19. 3. 2012 na adresu: Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát ředitele, Žitenická 18, 412 41 Litoměřice.
K přihlášce připojte ověřené kopie dokladů o vzdělání, platný výpis z rejstříku trestů, strukturovaný životopis s uvedením dosavadní praxe a prohlášení na ochranu osobních údajů podle zákona č. 101/ 2000 Sb. v platném znění.

ZDN A121002728

Volná místa

Lékaři

Litomyšlská nemocnice, a. s.,
přijme do pracovního poměru lékaře se specializovanou způsobilostí pro:

- anesteziologicko-resuscitační oddělení
- dětské oddělení

Nabízíme příjemné pracovní prostředí, možnost dalšího vzdělávání, ubytování, 5 týdnů dovolené.

Nabídky s profesním životopisem zasílejte na adresu: Litomyšlská nemocnice, a. s., personální oddělení – p. Irena Bartošová, J. E. Purkyně 652, 570 14 Litomyšl.

ZDN A121002723

Lékaři

Dopravní zdravotnictví, a. s.,
přijme kolegy lékaře do těchto ordinací:

- Praktik
- ORL
- Oční
- Neurolog
- RTG
- Ortoped
- Gastroenterolog
- Gynekolog

Možnost i částečných úvazků, nástup ihned nebo dle dohody. Nabízíme firemní benefity, nadstandardní ohodnocení, 37,5 hod./týden, stravování, 5 týdnů dovolené.

Nabídky s životopisem zasílejte e-mailem na adresu: ladislav.bubnik@dzas.cz

ZDN A121002966

Lékař/lékařka

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace,
přijme lékaře/ku (urologa, gynekologa nebo chirurga) na urologické oddělení, se zájmem o chirurgické řešení inkontinence a rekonstrukční pánevní chirurgii.

Požadujeme:
- ukončené vysokoškolské vzdělání,
- atestace ve výše uvedených oborech vítána,
- občanskou a morální bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost.

Nabízíme:
- velmi dobře vybavené pracoviště,
- možnost kvalitního odborného růstu,
- ubytování.

Nástup možný ihned.

Bližší informace podá primář MUDr. Miroslav Krhovský, tel.: 518 601 700, mobil: 606 777 130, e-mail: miroslav.krhovsky@seznam.cz
Písemné žádosti s profesním životopisem posílejte na adresu: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov.

ZDN A121002715

Lékaři

Svitavská nemocnice, a. s.,
přijme na chirurgické oddělení:

- Lékaře – i absolventa, praxe vítána.
- Lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru chirurgie nebo těsně před ní.

Nabízíme pomoc vedení nemocnice při řešení bytové situace, možnost odborného růstu na akreditovaném pracovišti (akreditace pro vzdělávání v oboru chirurgie, dále akreditace SAK) a podporu dalšího vzdělávání v oboru.

Bližší informace podá MUDr. Víšek, tel.: 461 569 323, e-mail: visek@nemsy.cz

PERSONÁLNÍ INZERCE

Písemné nabídky zasílejte na adresu: Svitavská nemocnice, a. s., ředitelství, Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy.

ZDN A121002705

Lékař

Nemocnice Český Krumlov, a. s.,
přijme lékaře na dětské oddělení, může být i absolvent (umožníme vzdělání v oboru).

Nabízíme výhodné mzdové podmínky a možnost ubytování. Bližší informace při osobním jednání.

Kontakt: MUDr. František Chromčák, primář oddělení, tel.: 777 362 676, e-mail: chromcak@nemck.cz

ZDN A121002698

Gynekolog

Nestátní ambulantní zdravotnické zařízení v Praze
přijme gynekologa.

Požadujeme:
- odbornou/specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,
- uživatelskou znalost PC,
- klientský přístup k pacientům,
- aktivní znalost angličtiny vítána, není podmínkou,
- možný i částečný úvazek.

Nabízíme:
- příjemné pracovní prostředí,
- zázemí stabilní nadnárodní společnosti,
- možnost dalšího vzdělávání,
- zajímavé platové ohodnocení,
- mobilní telefon,
- 5 týdnů dovolené,
- další firemní benefity.

Nabídky včetně profesního životopisu zasílejte na e-mail: klara.gottwaldova@medicover.cz

ZDN A121002695

Inzerce A121002967

Ředitel Magistrátu hlavního města Prahy

vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce

„vedoucí oddělení prevence" v odboru zdravotnictví, sociální péče a prevence

Úplné znění je uveřejněno do 1. 3. 2012 na **www.praha.eu** v sekci Magistrát hl. m. Prahy, Volná pracovní místa, dále na elektronické úřední desce a v informačních střediscích MHMP, Mariánské nám. 2, Praha 1 a Jungmannova 35/29, Praha 1.

Internista/kardiolog

Poliklinika v Praze 7
přijme internistu nebo internistu/kardiologa. Úvazek 0,5 (internista), 0,5 (kardiolog), nebo 1/1 (internista/kardiolog). Možno i důchodce. Nástup dle dohody. Info – tel.: 233 375 591.

ZDN A121001634

Gynekolog

Poliklinika v Praze 7
přijme do zavedené ambulance gynekologa. Možno i pro důchodce na částečný úvazek. Nástup dle dohody. Info – tel.: 233 375 591.

ZDN A121001629

Vrchní sestra

Endokrinologický ústav, Praha 1, Národní 8,
přijme vrchní sestru.

Požadujeme: odbornou způsobilost, zkušenost na pozici vrchní sestry min. 2 roky, přirozenou autoritu, loajalitu.

Strukturované CV zasílejte na e-mail: lmekotova@endo.cz

ZDN A121002709

Lékař/lékařka

Státní léčebné lázně Janské Lázně
přijmou lékaře/lékařku pro léčebnu dospělých v Janských Lázních, vhodné i pro důchodce.

Požadujeme:
- ukončené studium lékařského směru,
- specializaci v oboru RFM, neurologie nebo vnitřní lékařství,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:
- možnost kratšího úvazku,
- nadstandardní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody – nutné osobní jednání.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., náměstí Svobody 272, 542 25 Janské Lázně nebo na e-mail: cervenao@janskelazne.com

ZDN A121002690

Lékař/lékařka

Státní léčebné lázně Janské Lázně,
přijmou lékaře/lékařku pro dětskou léčebnu v Janských Lázních, vhodné i pro důchodce.

Požadujeme:
- ukončené studium lékařského směru,
- specializaci v oboru RFM, dětské lékařství nebo dětská neurologie,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:
- možnost kratšího úvazku,
- nadstandardní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody – nutné osobní jednání.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., náměstí Svobody 272, 542 25 Janské Lázně nebo na e-mail: cervenao@janskelazne.com

ZDN A121001266

Lékaři

NZZ
přijme PL, PLDD a gynekologa do zaměstnaneckého poměru. Nabízíme motivační ohodnocení a stabilní zaměstnání v Praze. Kontakt: e-mail: daniela.pauknerova@comitia-zdravotni.cz, tel.: 606 706 333.

ZDN A121001244

Inzerce A121001240

LANDKREIS MITTWEIDA KRANKENHAUS GEMEINNÜTZIGE GMBH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität Dresden

Die **Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH** sucht für die **Abteilung Kinder- und Jugendmedizin** ab **01.07.2012 oder später** im Zuge der Altersnachfolge eine/einen

Leitende/-n Oberärztin/-arzt

in **unbefristeter** Anstellung.

Wir sind ein Krankenhaus der Regelversorgung an den Standorten Mittweida, Rochlitz und Frankenberg mit 360 Betten in den Fachrichtungen Innere Medizin, Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie, Unfall- und Gelenkchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe mit zertifiziertem Brustzentrum, Anästhesiologie und Interdisziplinäre Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die **Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin** versorgt im Jahr ca. 1.200 stationäre Patienten im Alter bis zu 18 Jahren. Neben den allgemeinpädiatrischen Krankheitsbildern werden in der Kinderabteilung auch chirurgische und HNO-ärztliche Patienten im Kindes- und Jugendalter betreut. Die Versorgung der 650 Neugeborenen ab der 36. Schwangerschaftswoche in unserem Haus erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe. Mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Standort besteht ebenfalls eine enge Zusammenarbeit.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin wird in Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH betrieben. Als Leitende/-r Oberärztin/-arzt sind Sie fachlich dem Chefarzt der Kinderklinik Freiberg unterstellt. In hoher Eigenverantwortlichkeit obliegt Ihnen die Leitung der Kinderabteilung in Mittweida. Es besteht eine gemeinsame Weiterbildungsermächtigung.

Wir erwarten
- eine abgeschlossene Weiterbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit sehr guten allgemeinpädiatrischen Kenntnissen
- eigenverantwortliche Führung der Abteilung in Mittweida
- idealerweise eine Schwerpunktbezeichnung oder zumindest eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Spezialgebiet der Pädiatrie

Wir bieten
- eine interessante, anspruchsvolle und abwechslungsreiche Leitungsposition
- großzügige Unterstützung bei Fort- und Weiterbildung
- eine attraktive Vergütung nach außertariflichen, einzelvertraglichen Regelungen einschließlich zusätzlicher Altersversorgung und Bereitschaftsdienstvergütung
- Hilfestellung bei der Wohnungssuche ebenso wie die Sorge für die Kinderbetreuung

Mittweida ist eine attraktive Große Kreisstadt und Hochschulstadt mit ca. 17.000 Einwohnern, welche in landschaftlich reizvoller Umgebung des Erzgebirgsvorlandes im Landkreis Mittelsachsen gelegen ist. Die Region besitzt einen ausgesprochen hohen Freizeitwert. Die Großstädte Chemnitz (20 km) und Dresden (60 km) sind ebenso wie das Erzgebirge bequem binnen kürzester Zeit per Auto und Bahn zu erreichen. Neben sämtlichen weiterführenden Schulen verfügt Mittweida über eine Hochschule mit einem attraktiven Studienangebot.

Für Rückfragen steht Ihnen der Chefarzt der Abteilung, Herr Dr. med. Paul, unter Telefon: +49 (0) 3727/99-1256 (Mittweida) oder +49 (0) 3731/77-2692 (Freiberg) gern zur Verfügung.

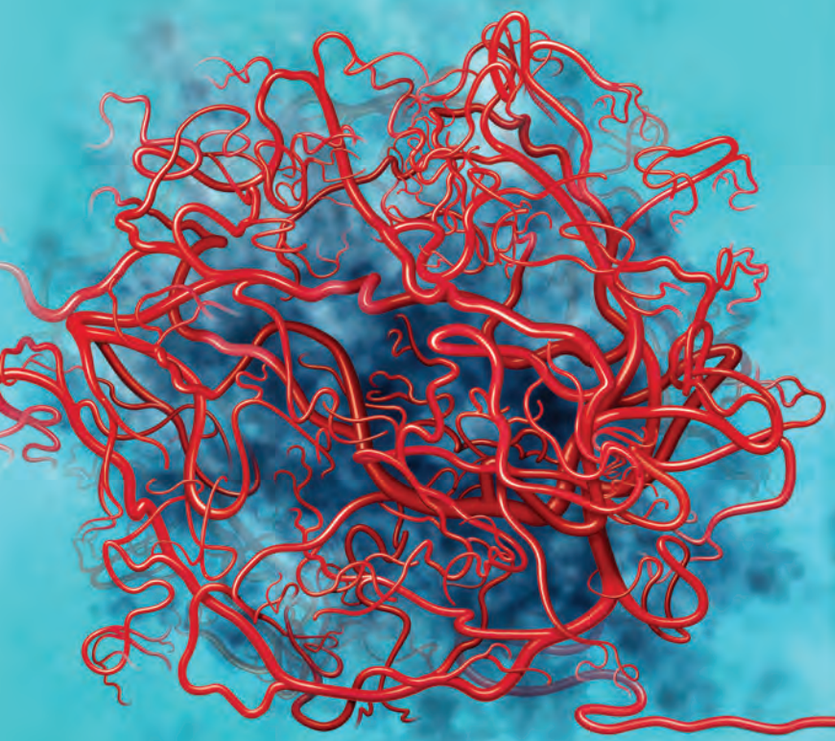
Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen und aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen. Diese richten Sie bitte an:

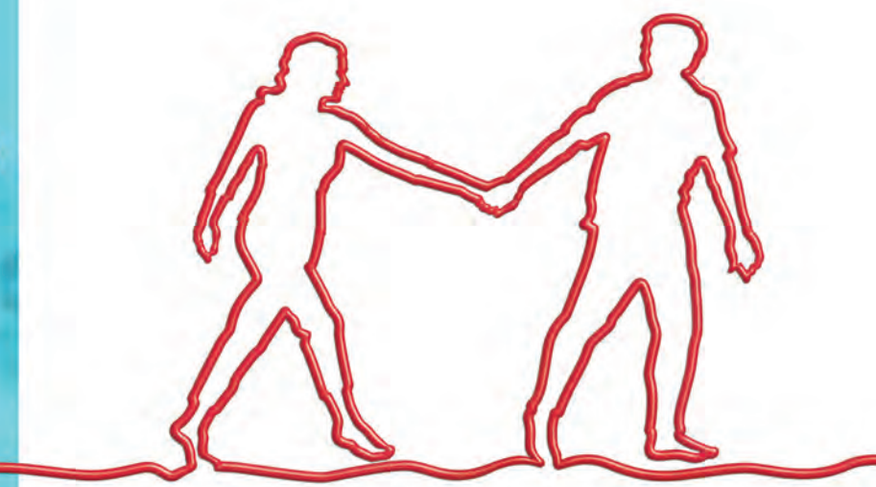
Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH
Frau Sedlaczek – Geschäftsführerin
Hainichener Str. 4-6 · D-09648 Mittweida
Telefon: +49 (0) 3727/99-1220
Fax: +49 (0) 3727/99-1216
E-Mail: geschaeftsleitung@lmkgmbh.de
www.lmkgmbh.de

KTQ-Zertifikat

Inzerce A121000181 ▶

Kontrolou angiogeneze...





...k prodloužení přežití

AVASTIN JE INDIKOVÁN PRO LÉČBU METASTAZUJÍCÍHO KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU PRVNÍ I DRUHÉ LINIE.

AVASTIN JE OD 1. 3. 2010 HRAZEN Z PROSTŘEDKŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO INDIKACE KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM, KARCINOM PRSU, NSCLC A KARCINOM LEDVINY.

AVASTIN JE MOŽNÉ PODÁVAT V KOMPLEXNÍCH ONKOLOGICKÝCH CENTRECH. JEJICH SÍŤ JE POPSÁNA NA WWW.ONCONET.CZ

AVASTIN®
bevacizumab
Leading angiogenesis inhibition

AVASTIN® 25 mg/ml koncentrát pro přípravu infuzního roztoku – Základní informace o přípravku

Účinná látka: bevacizumabum. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Roche Registration Limited, Velká Británie, Registrační čísla: EU/1/04/300/001-002. **Indikace:** Terapie metastazujícího karcinomu tlustého střeva nebo rekta v kombinaci s chemoterapeutickým režimem obsahujícím fluoropyrimidin. Avastin v kombinaci s paklitaxelem je indikován jako léčba první linie u nemocných s metastazujícím karcinomem prsu. Avastin v kombinaci s kapecitabinem je indikován k první linii léčby nemocných s metastazujícím karcinomem prsu, u kterých se léčba jinou možnou chemoterapií, včetně antracyklinů a taxanů, nepovažuje za vhodnou. Nemocní, kteří byli v posledních 12 měsících léčeni režimem obsahujícím taxan a antracyklin v adjuvantním podání nemají být léčeni kombinací Avastin + kapecitabin. Avastin přidaný k chemoterapeutickému režimu s platinou je indikován k léčbě první linie nemocných s neresekabilním pokročilým, metastatickým nebo rekurentním nemalobuněčným plicním karcinomem jiného histologického typu, než predominantně z dlaždicových buněk. Avastin v kombinaci s interferonem alfa-2a je indikován jako léčba první linie u nemocných s pokročilým a/nebo metastazujícím karcinomem ledviny. Avastin v kombinaci s karboplatinou a paklitaxelem je indikován k úvodní léčbě pokročilého (stádia III B, III C a IV dle FIGO) epitelového nádoru vaječníků, vejcovodů nebo primárního nádoru pobřišnice. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo jakoukoli pomocnou látku přípravku, na látky produkované ovariálními buňkami čínských křečků nebo na jiné rekombinantní lidské nebo humanizované protilátky. Těhotenství. **Upozornění:** Zvýšená pozornost u pacientů s intraabdominálním zánětlivým procesem (zvýšené riziko vzniku perforace a píštěle GIT), po operaci (možné komplikace při hojení ran), s nekontrolovanou hypertenzí (riziko hypertenzní krize a proteinurie), ve věku nad 65 let (zvýšené riziko vzniku arteriálních tromboembolických příhod), u pacientů s kongenitální hemoragickou diatézou, získanou koagulopatií nebo u pacientů léčených plnou dávkou antikoagulancií k léčbě tromboembolismu před zahájením léčby Avastinem. V případě vzniku tracheoesofageální píštěle nebo jakékoli píštěle 4 stupně trvale ukončit léčbu. Ukončení léčby zvážit v případě vnitřní píštěle mimo oblast GIT. V ojedinělých případech riziko vzniku reakce na infuzi/hypersenzitivní reakce. Nežádoucí účinky (některé z nich se jevily jako závažné) byly hlášeny při užití v neregistrovaném nitroočním podání. **Klinicky významné interakce:** Bevacizumab neovlivňuje v klinicky závažném rozsahu farmakokinetiku 5-fluorouracilu, karboplatiny, paklitaxelu a doxorubicinu. U některých pacientů léčených kombinací bevacizumabu a sunitinib malátu byla hlášena mikroangiopatická hemolytická anemie (MAHA). **Hlavní klinicky významné nežádoucí účinky** (u pacientů léčených jak v monoterapii, tak v kombinaci s chemoterapií): Nejzávažnější pozorované nežádoucí účinky – gastrointestinální perforace, píštěle, hemoragie, arteriální a žilní thromboembolismus, syndrom reverzibilní zadní leukoencefalopatie, proteinurie, osteonekróza čelisti. Nejčastější nežádoucí účinky – astenie, průjem, dysfonie, nausea a jinak nespecifikované bolesti, selhání vaječníků, ve většině případů reversibilní. Dávkování a způsob podání – Obecná doporučení: První dávka Avastinu by měla být podávána během 90 minut ve formě nitrožilní infuze. Jestliže je první infuze dobře snášena, druhá infuze může být podávána během 60 minut. Jestliže je dobře snášena infuze podávaná během 60 minut, všechny následující infuze mohou být podávány během 30 minut. Nepodávejte jako bolus v nitrožilní injekci nebo bolusovou injekcí. Infuze nesmí být podávány nebo míchány s roztoky glukózy. Snížení dávky při výskytu nežádoucích příhod se nedoporučuje. V případě nutnosti musí být léčba buď trvale ukončena, nebo dočasně pozastavena. Doporučené dávkování pro jednotlivé diagnózy: Viz platný Souhrn údajů o přípravku (viz www.sukl.cz). **Dostupná balení přípravku:** 1x100 mg bevacizumabu ve 4 ml; 1x 400 mg bevacizumabu v 16 ml koncentrátu pro přípravu infuze. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2°C-8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu:** 6. 2. 2012. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podmínky úhrady viz www.SUKL.cz.** Další informace získáte na adrese Roche s.r.o., Dukelských hrdinů 52, 170 00 Praha 7, tel. 220 382 111.

Literatura: 1) Hurwitz H et al. NEJM 2004; 350:2335-2342; **2)** Hurwitz H et al; The Oncologist. 2009 Jan;14(1):22-8. Epub 2009 Jan 14. **3)** Van Cutsem E et al, Safety and efficacy of first-line bevacizumab with FOLFOX, XELOX, FOLFIRI and fluoropyrimidines in metastatic colorectal cancer: the BEAT study; Ann Oncol 2009 – in press. **4)** Van Cutsem, et al. Safety and efficacy of bevacizumab plus standard first-line chemotherapy in patients with metastatic colorectal cancer: First BEAT; ESMO 2008. **5)** Cassidy J et al, Surgery with curative intent in patients (pts) treated with first-line chemotherapy (CT) + bevacizumab (BEV) for metastatic colorectal cancer (mCRC): First BEAT and NO16966 abstr. 4022,. ASCO 2008.

AVA/0711/0420796