



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

mf
MLADÁ FRONTA



CENA 28KČ, PŘEDPLATNÉ 23 KČ

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

5/2012 Toto číslo vyšlo 12. 3. 2012



Z HISTORIE

Nemoci našich mocných
ve 20. století
Patobiografický pohled
na Gustáva Husáka

STRANA 30



PŘEDSTAVUJEME

doc. MUDr. Zdeňka Ježka,
DrSc., epidemiologa
a virologa podílejícího se na
globální eradikaci nemocí.

STRANA 26



ZAJÍMAVÉ PRACOVISTĚ

V růžové zahradě
těhotných žen
– klinika „U apolináře“

STRANA 12

Přidáno nedostali ani ve fakultních nemocnicích, Heger má dva měsíce

Dva měsíce dostala od lékařských odborů vláda Petra Nečase na to, aby vyřešila neuspokojivou situaci kolem platů zdravotníků. Ti žádají revizi a případně přepracování úhradové vyhlášky tak, aby zaměstnavatelům umožnila realizovat navýšení platů o ministrem Leošem Hegerem slíbených 6,25 %.

Přestože loňská dohoda Lékařského odborového klubu (LOK-SČL) zněla „oprocentní zvýšení platů všem zdravotníkům v roce 2012“, odboráři po poměrně poklidných protestech v závěru roku nakonec přistoupili na příslib kompromisního navýšení o 6,25 % od 1. led-

na s tím, že zbytek ministerstvo dorovná v průběhu roku.

Problémy ve FN

Avšak ani toto navýšení zatím nebylo realizováno a podle předsedy LOK-SČL Martina Engela k němu nedošlo dokonce ani ve všech fa-

kultních nemocnicích a ostatních přímo řízených zařízeních. „Pan ministr nám předkládal tabulky, jež bohužel nebyly pravdivé a ve kterých měl, že ve všech fakultních nemocnicích bylo zvýšení platů zrealizováno a že je to všude po dohodě s místními odborovými organizacemi,“ sdělil Engel. Dle informací šéfa lékařských odborů nedostali přidáno například ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně (FNUSA), kde ačkoli bylo zaměstnancům původně přislíbeno 3,25 %, prý nakonec nedostanou nic. Ředitel FNUSA Petr Koška však tuto informaci záhy dementoval (viz str. 2 – „Spor o platy a dobré jméno nemocnice“).

Problémy však mají i v pražských fakultních nemocnicích. „Ve Všeobecné fakultní nemocnici existuje dohoda zatím jen na dva měsíce. V IKEM to prý začnou vyplácet až zpětně v pololetí. Ve Fakultní nemocnici v Motole je zase zajímavá ingerence přednostů, kteří tam budou rozhodovat o výši platů pro jednotlivé lékaře,“ uvedl problematické příklady předseda LOK-SČL.

(pokračování na straně 2)



Jiří Suda (Nemocnice Stod): K navýšení mezd, jež slíbil ministr, zatím přistoupit nemůžeme, i když bychom rádi.

Foto: archiv Nemocnice Stod

ZDN VE VOLNÉM PRODEJI

Stále častěji se ozýváte, že byste si rádi koupili Zdravotnické noviny, ale že nikde nejsou k sehnání. Je to tak, až do tohoto čísla byly ZDN k mání jen na základě předplatného. Vyhověli jsme však vašim opakovaným žádostem o zpřístupnění našich novin širšímu okruhu odborné veřejnosti a od příštího vydání, tedy od čísla 6, se část nákladu bude prodávat na vybraných novinových stáncích v areálech nemocnic a jejich okolí.

Seznam prodejen najdete na www.zdn.cz.

Odborná příloha Lékařské listy, vycházející jednou měsíčně, bude i nadále dostupná pouze předplatitelům. Předplatitelský kupon naleznete v každém čísle Zdravotnických novin nebo na www.zdn.cz. Roční předplatné činí 590 Kč, za elektronické předplatné vydáte jen 250 Kč.

Markéta Míková, šéfredaktorka

Přidáno nedostali ani ve fakultních nemocnicích, Heger má dva měsíce

(pokračování ze strany 1)

V krajích zvýšil mzdy jen Agel

Nejméně jisté peníze mají zdravotníci v nemocnicích zřizovaných kraji, městy a dalšími subjekty. Jak již koncem února uvedly zástupkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče, v drtivé většině těchto zařízení nedošlo k žádnému navýšení mezd. Podle aktuálních informací však přeci jen v některých krajských nemocnicích k jistému nárůstu mezd došlo.

„K navýšení došlo pouze v nemocnicích, jež má v gesci Agel, a to jen o 2 procenta. Zde to navýšení mají ve vnitřních předpisech a kolektivní smlouvě, kterou uzavřeli bez ohledu na platnost

memoranda,“ vysvětlil předseda Engel. Z žádné další menší či krajské nemocnice podle předsedy lékařských odborů pozitivní zprávy ohledně navýšování platů nepřišly.

MZ: Průměrný příjem zdravotníků vzroste

Na informace o problémech ve fakultních nemocnicích ministerstvo reagovalo ústy svého mluvčího Vlastimila Sršně, který zdůraznil především nárůst průměrných platů zdravotníků. „Je potřeba si uvědomit, že úhradová vyhláška, jejímž prostřednictvím ministerstvo zdravotnictví může ovlivňovat tok peněz do zdravotnictví, výrazně zvýhodňuje menší a krajské nemocnice na úkor těch, které přímo řídí

ministerstvo,“ zopakoval stěžejní argument ministerstva Sršně, podle něhož memorandum neříká nic o tom, že by se platy měly zvednout již od 1. ledna. „Pokud nějaká nemocnice realizuje zvýšení platů prostřednictvím pololetních prémie, znamená to, že ke zvýšení jednoznačně dojde,“ ujistil Sršně.

Engel: Oceňujeme přístup premiéra

Zdravotnická trojka minulý týden jednala s premiérem Petrem Nečasem, kterému přednesla svůj návrh na řešení nastalé „patové“ situace. Tím by podle odborů měla být revize a případné přepracování úhradové vyhlášky tak, aby zaměstnavatelům v kra-

ji platů v nemocnicích. „Musíme říci, že jsme postoj premiéra Nečase uvítali, protože se k našim návrhům postavil korektně. Jednak inicioval možnost revize úhradové vyhlášky a samozřejmě podpořil i naše snahy o objektivizaci – aby se prověřila situace v několika vybraných nemocnicích,“ chválil premiéra Engel. LOK-SČL dává vládě na vyřešení této situace čas do 23. dubna, neboť na následující den plánuje mimořádný sněm, na kterém by se měl dohodnout další postup. „Buď s uspokojením konstatujeme, že věci probíhají tak, jak mají, a že se vše podařilo vrátit do těch kolejí, které byly dohodnuty, nebo budeme muset přijmout rozhodnutí, jak se k té situaci postavíme, a jednat o dalším osu-

du, to znamená i o protestních akcích,“ naznačil možné varianty Martin Engel.

Změna úhradové vyhlášky je nereálná

Možnost smírného vyřešení sporu mezi zdravotníky, MZ a vládou však zpochybnila slova ministerského mluvčího Sršně, podle kterého je změna vyhlášky nereálná.

„Je to v zásadě protizákonná záležitost. Kdokoli by to pak podal jako rozklad, tak by pak ta věc byla v podstatě neplatná,“ uvedl v rozhovoru pro Českou televizi Hegeřův mluvčí a ohradil se proti ultimátu LOK-SČL. „Přiznám se, že dvouměsíční lhůta je pro nás celkem překvapení. Vypadá to, že Lékařský odborový klub chce opět vydírat své mzdy prostřednictvím pacientů,“ dodal.

Podle předsedy Engela je to ale právě ministerstvo a jeho reformní činnost, kdo ohrožuje zdravotní péči v České republice, a tedy i pacienti.

Filip Kút Citores

Spor o platy a dobré jméno nemocnice

Předseda LOK Martin Engel uvedl, že zdravotníci nedostali přidáno ani ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně (FNUSA), kde podle informací LOK-SČL zaměstnanci z příslibených 3,25 % nakonec nedostanou nic. Ředitel FNUSA Petr Koška tvrdí, že se v nemocnici zvýšily platy již od ledna 2012.

„V meziročním srovnání došlo v lednu 2012 k navýšení platů lékařů o 13,99 procenta. Průměrný plat lékaře se oproti lednu 2011 zvedl o 6951 Kč. Na platovém nárůstu v meziročním srovnání se podílil jak zvýšený platový tarif, který byl v loňském roce nařízením vlády navýšen od 1. 3. 2011, tak i přidělená měsíční odměna ve výši 3,25 procenta průměrného platového tarifu. Celková výše vyplacené odměny, tedy navýšení o 3,25 procenta za leden 2012, u lékařů činí 419 995 Kč,“ uvedl ve svém vyjádření ředitel FNUSA Petr Koška.

Vedení nemocnice podle něj o průběhu zvyšování platů jednalo se zástupci odborových organizací. Dohodli se na zvýšení platů v jednotlivých kategoriích zdravotnických pracovníků



Petr Koška. | Foto: archiv FNUSA

o 6,25 % průměrného platového tarifu v rámci roku 2012. Vyjádření Martina Engela proto Petr Koška považuje za poškozování dobrého jména nemocnice.

Lékaři: Byly sníženy jiné složky platu

Přestože dohoda s odbory ve FNUSA platí, někteří lékaři v nemocnici vyjadřují nespokojenost.

„Nejprve ředitel Koška slíbil 6,25 procenta, pak přišel s 3,25, ale ani to reálně nesplnil. V jedné složce totiž plat zvedl, ale v jiné snížil. Od sester mám dokonce zprávy, že jde oproti poslednímu čtvrtletí roku 2011 reálně o snížení platu. A u lékařů je to podobné – byly sníženy položky odměn. Předseda LOK Engel má naprostou pravdu,“ tvrdí nejmenovaný lékař z FN u sv. Anny. Podle něj ve výsledku ke zvýšení platů nedošlo a dobré jméno nemocnice nepoškozují předseda LOK, ale spíše sám ředitel Koška.

David Daniel

Plzeňští ředitelé na zvýšení platů nemají

Rada Plzeňského kraje požádala ředitele krajem řízených nemocnic o potvrzení, zda nemocnice skutečně obdržely dostatek finančních prostředků na navýšení mezd, jak v nedávném prohlášení tvrdil ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Ředitelé tuto informaci vyvrátili, naopak se shodují, že hospodaří s nižšími prostředky než v loňském roce. „Prostředky, které od ledna 2012 dostává naše nemocnice v rámci úhrad, jsou nižší než v minulém i předminulém roce. Proto k navýšení mezd, které slíbil ministr, zatím přistoupit nemůžeme, i když víme, že je to potřebné, a rádi bychom tak učinili,“ uvedl ředitel Nemocnice Stod Jiří Suda. Platí to i pro další zdravotnická zařízení Plzeňského kraje.

Zálohy úhrad klesly

Jak ZDN informovala mluvčí Plzeňského kraje Petra Jarošová, totéž platí i pro ostatní zdravotnická zařízení v kraji. „Nemocnicím v Plzeňském kraji meziročně klesly zálohy úhrad, tedy jediné prostředky z úhradové vyhlášky, s nimiž mohou v letošním roce počítat. Například ve zmíněném stodském nemocnici se zálohy pohybují v rozmezí pouhých 84 až 98 procent výše záloh loňského roku,“

upřesnila Jarošová, která vychází z výpočtů Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN), která nižší zálohy úhrad zveřejnila na svých webových stránkách.

Na mzdy chceme prostředky zvlášť

„Rada Plzeňského kraje se tak ohrazuje proti obvinění ministra, že peníze z úhradové vyhlášky zatajuje sama hejtmanství, aby mohla situaci ve zdravotnictví využít ke kritice resortu,“ prohlašuje mluvčí Jarošová.

Podle ředitelů nemocnic Plzeňského kraje by nyní MZ mělo úhradovou vyhlášku upravit, aby garantovala skutečné navýšení úhrad i záloh. Za transparentní považují loňský model. Na růst mezd byly vyčleněny prostředky nad rámec běžných úhrad a nemocnice je dostaly zvlášť. Popsaný a odzkoušený mechanismus by podle ředitelů polemiky ohledně úhrad určených na růst mezd ukončil.

(ktu)

Dvojediný ministr zdravotnictví

Leoš Heger dostává rány zleva zprava. Neměl by však podléhat oblíbenému bludu, že to je příznak kvality jeho práce.

Premiér Petr Nečas musel v posledních dnech nabýt dojmu, že má ve vládě dva ministry zdravotnictví. Nejdříve se dveře jeho pracovny zavřely za odboráři z Lékařského odborového klubu, kteří si ruku v ruce s řediteli nemocnic přišli stěžovat, že ministr zdravotnictví neplní své sliby a nedokáže v nemocnicích zajistit nárůst platů slíbený v memorandu, které ukončilo akci „Děkujeme, odcházíme“.

Sotva za touto návštěvou zapadly dveře, rozrážejí je zástupci Koalice soukromých lékařů. „Ministra zdravotnictví považujeme za nekompetentního,“ žehrá mluv-

čí koalice Vladimír Dvořák a pokračuje: „Chová se spíš jako nějaký odborářský předák. Jediné, co je v současnosti, co se týká úhrad zdravotní péče, zajímá, je to, jestli určití zaměstnanci v určitých zdravotnických zařízeních dostanou větší plat.“ A Dvořákův koaliční kolega Zorjan Jojko přitaká: „Nechápeme, že ministerstvo zdravotnictví chce v první řadě za každou cenu vyhovět odborářům a přesunout peníze do nemocnic.“ A teď si vyberte.

Nestranně nemusí znamenat dobře

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (neboť – ač to prvotní logi-

ka popírá – jde skutečně v obou případech o něj) však nemusí propadat zoufalství. Až mu budou příště odboráři lát do lhářů, může vylepšit svou vyjednávací pozici tvrzením, že zjevně dělá, co může, neboť od soukromých lékařů si svým úsilím dostát slibům vysloužil nálepku odborového předáka. A *vice versa*, soukromé lékaře může Heger dojímat šrámy utrpěnými v potýčkách s odboráři.

Politici se obecně rádi opájejí pocitem, že když schytávají rány zleva i zprava (obrazně, nikoli nutně politicky), dělají zřejmě svou práci dobře, neboť nikomu nestrání. Může být, ale

zdaleka to není pravda vždy, když politik něco takového tvrdí. Leoš Heger by měl vzít v úvahu i možnost, že schytává-li kritiku skutečně z velké části lékařského spektra, může to svědčit o tom, že dělá svou práci špatně. Oba kritizující tábory totiž nejen že samozřejmě kopou za vlastní zájmy a přímky, ale mají také svůj díl pravdy.



Martin Čaban

jeho stranický nadřízený Miroslav Kalousek. Proto – a v tom mají zase pravdu soukromí lékaři – Leoš Heger udělal z nemocnic jediné jakés takés vítěze hubené úhradové vyhlášky a ostatní segmenty

zdravotní péče odsunul do pozice poražených. Sluší se připomenout, že v tomto poli poražených jsou na tom praktici a ambulantní specialisté ještě relativně dobře ve srovnání de jure tomu s komplementem.

Chycen ve vlastní pasti

Leoš Heger se už více než rok motá v pasti, do níž se podpisem memoranda sám chytil. Od chvíle, kdy sklídl uznání za diplomatické řešení ostrých lékařských protestů, vlaje za svým slibem, jehož splnění odsouvá ekonomická realita v zemi stále hlouběji do říše snů. Cestu k přispění peněz do systému zvýšením plateb za státní pojištění má ministr zatarasenou, protože klíč od státní kasy má v ruce

zdravotní péče odsunul do pozice poražených. Sluší se připomenout, že v tomto poli poražených jsou na tom praktici a ambulantní specialisté ještě relativně dobře ve srovnání de jure tomu s komplementem. Leoš Heger by si proto místo oblíbeného uspokojení nad tím, že údery přicházejí z obou stran, měl upřímně položit dvě kardinální otázky: Je současná zapeklá situace skutečně důsledkem vnějších ekonomických okolností, nebo se někde v průběhu posledního roku stala chyba? A existuje vůbec ještě z této zapeklité situace důstojná cesta ven?

Inzerce A121002147

Úvěr?

Půjčujeme.
Do výše 30 milionů Kč!

- * prověřeno historií již od roku 1999
- * úvěry právníkům i fyzickým osobám
- * rychlé vyřízení – schválení do 24 hodin

*** artesa**

Ne padělky, ale koexistence průkazů je problém

VZP vydala varování o výskytu padělků průkazů pojištěnce. Odborníci se shodují, že větším problémem je existence více průkazů na jednoho pojištěnce a jejich nedokonalý registr.

V polovině února vydala Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) upozornění pro zdravotnická zařízení týkající se padělaných průkazů pojištěnce. Ministerstvo vnitra upozornilo VZP na padělek, který byl vyroben na Ukrajině a koupil jej spolu s padělaným pasem iránský občan. „Zatím víme pouze o tomto jediném případě, rozhodně se nejedná o nějakou epidemii,“ řekl mluvčí VZP Jiří Rod. Znaky padělku jsou prý patrné na první pohled.

Každé zdravotnické zařízení si může zdravotní předloženého průkazu EHIC vydaného VZP ověřit na webových stránkách www.vzp.cz/EHIC. VZP varovala, že péče, kterou zařízení poskytne na padělaný průkaz, nebude proplacena. Zařízení by pak muselo vymáhat peníze na pacientovi.

SZP: S problémem jsme se dosud nesetkali

Prezident svazu zdravotních pojišťoven (SZP) a generální ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Jaromír Gajdáček Zdravotnickým novinám sdělil, že o výskytu falešných průkazů nemají pracovníci pojišťovny žádné informace a s tímto problémem se dosud nesetkali. Podle Gajdáčka existují případy, kdy zdravotnická zařízení často vykazují péči, která z nějakých důvodů nemůže být pojišťovnou uhrazena. Nejde však o tak častý jev, jedná se o de-

sítky případů do roka. „V absolutní většině jde o důsledek toho, že klient (pacient) změnil zdravotní pojišťovnu a nenahlásil to svému lékaři, takže lékař výkony vyúčtoval původní pojišťovně,“ vysvětlil prezident SZP.

Obráťte se na pojišťovnu

„Pacientům doporučujeme, aby hlásili svým lékařům, že přešli k jiné pojišťovně, a lékařům, aby se zajímali, zda pacient náhodou pojišťovnu nezměnil. Někdy také dojde k překlepu v rodném čísle pacienta, takže péče nemůže být proplacena, neboť se tento pacient v databázi ZP neobjeví. Ale všechny tyto situace jsou řešitelné. Zdravotní pojišťovna lékaři hlásí, že vykázaný úkon nemůže uhradit a proč, takže po překontrolování záznamů se chyba objeví a ZZ nakonec peníze za vykázanou péči obdrží,“ dodal Jaromír Gajdáček. Pokud má zdravotnické zařízení nebo lékař nějakou pochybnost, může podle něj požádat pojišťovnu o informaci, zda je u ní konkrétní osoba opravdu pojištěna. „Mohu potvrdit, že se na nás ZZ s touto žádostí občas obrací,“ potvrdil prezident SZP.

Problém hlavně u migrantů

Stejnou praxi potvrzuje i předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák. „Jako praktický lékař ani jako předseda SPL jsem se s případem zneužití karty po-

jištěnce dosud nesetkal. Pokud to uznám za vhodné, ověřuji při registraci nového pacienta příslušnost k pojišťovně na on-line portálu VZP. Výjimečně se stává, že pacient změnil pojišťovnu, případně ukončí pojištění (cizinec nebo Čech odjíždějící do zahraničí) a opomene nám to oznámit. Pak zůstane případný výkon neproplacen, což zjistíme až ze zprávy zdravotní pojišťovny o vyúčtování,“ řekl pro ZDN Václav Šmatlák.

Podle předsedy Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD) Pavla Neugebauera je problémem, že zdravotní pojišťovny nepožadují vrácení průkazů pojištěnce po zániknutí pojištění a pacienti tak mohou mít i několik platných průkazek. „Upřímně si moc nevím rady s tím jak v běžné praxi ověřovat, zda je průkazka platná a aktuální. Asi je to problém spíše u krátkodobější péče než u kontinuálního sledování rodiny, tedy je to spíše případ cizinců a možná i spoluobčanů, kteří se častěji stěhují,“ uvedl pro ZDN Pavel Neugebauer. „S padělkem jsem se osobně nikdy nesetkal, ale s podvodem, kdy je jedna průkazka používána více uživateli, neboť z průkazky nepoznáte skutečného vlastníka, ano,“ přiznal předseda SPLDD.

Zmatky v registru pojištěnců

I předseda Sdružení ambulantních specialistů (SAS) Zorjan Joj-

ko poukazuje na výše zmíněné problémy. „Asi před dvěma lety se vytvořila nemalá skupina lidí, která sice byla pojištěna jen u jedné pojišťovny, ale vlastnila navíc třeba až čtyři kartičky získané na počkání v rámci různých náborových akcí u obchodních center. Zdravotnickému zařízení pak ukázali vždy právě tu, o kte-

rě si v čekárně přečetli, že patří ke smluvnímu pojišťovně daného lékaře. Potíž byla v tom, že tento jev provázely i velké zmatky a nepřesnosti v registru pojištěnců (až 10procentní chybovost). Zdravotnické zařízení nemělo možnost ani v informačním centru VZP spolehlivě, tedy za přítomnosti pacienta v ambulanci, zjistit, kde přesně a zda vůbec je pacient pojištěn,“ vysvětlil Jojko. „Uvítal bych, kdyby na pojišťovnu, která lékaři v daném dni telefonicky nebo on-line přes svůj portál potvrdí, že pacient je jejím pojištěncem, automaticky přešla všechna rizika plynoucí z nesprávnosti takového údaje. To ale v současné době bohužel neplatí,“ uzavřel předseda SAS.

Olga Martinová

Další fúze pojišťoven na obzoru?

Mluvčí ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň v pondělí oznámil, že MZ chystá sloučení Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV) s Vojenskou zdravotní pojišťovnou (VoZP). Zástupci obou pojišťoven informace o fúzi zatím pokládají za předčasné.

„MZ komentuje vládní programové prohlášení, kde se o této fúzi píše. Není to tedy žádná reakce na další možné fúze, i to je zatím pouze spekulace. Na úrovni správních rad obou zdravotních pojišťoven se o fúzi nejednalo,“ řekl Zdravotnickým novinám generální ředitel ZPMV Jaromír Gajdáček. O fúzi navíc může rozhodnout pouze správní rada pojišťovny v níž má stát pouze třetinu hlasů.

„Sloučení zdravotních pojišťoven je poměrně zdlouhavý a komplikovaný proces. Pokud by k takovému aktu došlo, je potřeba splnit několik procesních kroků, z nichž zásadní je, že by představenstva

pojišťoven musela sloučení schválit. A to nehlédě na politickou vůli či nevěli tento krok učinit. Zatím k takovéto shodě v případě VoZPa ZPMV nedošlo,“ doplnil pro ZDN mluvčí VoZP Richard Medek. Jak ale dodává ředitel Gajdáček, „ZPMV je připravena po technické i organizační stránce fúzi zvládnout. Pokud by k ní mělo dojít, měla by sloužit především k ekonomické stabilizaci systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud by se o tomto kroku jednalo v následujících měsících, nejdříve uskutečnitelný a vhodný termín k fúzi by pak byl k 1. 1. 2013.“

(ktu)



Hotel Vivaldi

Rančířov 1 + Jihlava + 586 01
Czech Republic
tel: +420 567 109 711
fax: +420 567 109 732
recepce@hotelvivaldi.cz
www.hotelvivaldi.cz

Conference & Wellness

★★★★

- + Rodinný hotel čtyřhvězdičkové kategorie
- + 47 pokojů (81 lůžek)
- + Konferenční sál a salónky
- + Free Wifi internet
- + Strategická poloha – 10 km od D1
- + Volný vstup do bazénu a parní lázně



Změny lůžkového fondu nesmí být krokem do neznáma

Nejpřínosnějším opatřením ve zdravotnictví za poslední 3 měsíce je podle expertů Českého zdravotnického fóra (ČZF) návrh na restrukturalizaci a racionalizaci lůžkového fondu. Naopak nejkritičtější se odborníci staví proti povinnosti spádových nemocnic zajistit péči u domácích porodů.

ČZF realizovalo již 12. kolo projektu HEZR, ve kterém vybraní experti různých odborností a zástupci patientských či stavovských organizací hodnotí přínosnost ekonomických a sociálních opatření ve zdravotnictví. Právě restrukturalizace lůžkového fondu byla jedním z nejdiskutovnějších navrhovaných opatření MZ poslední doby. Způsob, jakým má dojít k racionalizaci počtu a rozmístění nemocničních lůžek v ČR, a především role zdra-

votních pojišťoven při uskutečňování tohoto záměru byly kritizovány zejména řediteli malých nemocnic a zástupci krajů.

Podmínka efektivity

Podle zúčastněných expertů je ale restrukturalizace a potažmo redukce lůžkového fondu jednou z podmínek efektivního fungování zdravotní péče v ČR. Uskutečnění takového opatření by však dle expertů měla předcházet důkladná analýza a vypracovaný plán na zajištění budoucí náhradní ambulantní péče, domácí péče či sítě jednodenních chirurgií apod. „Bez toho je tento krok krokem do neznáma. Opatření by proto nemělo být plošné, mělo by vycházet ze skutečného stavu a respektovat potřeby v daném místě,“ shodli se experti.

Referenční ceny zajistí udržitelnost financování

Dle hodnotitelů je druhým nejpřínosnějším opatřením návrh projektu Národního informačního systému sledování efektivity. Referenční ceny jsou podle zúčastněných nezbytným předpokladem dlouhodobé udržitelnosti financování solidárního systému zdravotní péče. Neměly by být pouze vodítkem pro poskytovatele péče při uzavírání jednotlivých kontraktů s dodavateli, ale především nástrojem pro kontrolu výkonnosti najatých manažerů.

Referenční ceny zajistí udržitelnost financování

Dle hodnotitelů je druhým nejpřínosnějším opatřením návrh projektu Národního informačního systému sledování efektivity. Referenční ceny jsou podle zúčastněných nezbytným předpokladem dlouhodobé udržitelnosti financování solidárního systému zdravotní péče. Neměly by být pouze vodítkem pro poskytovatele péče při uzavírání jednotlivých kontraktů s dodavateli, ale především nástrojem pro kontrolu výkonnosti najatých manažerů.

„Je to určitě jeden z kroků, který může posílit sledování efektivity vynakládání prostředků, ovšem stále se vyhýbá nebo oddaluje řešení efektivních nákupů formou určení standardu a nadstandardu péče, proplácených z veřejných prostředků,“ konstatují experti. Nejvyšší ocenění za předchozích 11 kol projektu HEZR získalo právě zavedení standardů a nadstandardů ve zdravotnictví.

Problematické domácí porody

Podle vedoucího projektu Michaela Vícha, který závěry tohoto kola novinářům prezentoval, je riziko domácích porodů tak vysoké, že nelze než souhlasit s názory na ponechání porodů v nemocnicích. „Ovšem současně je také potřeba přijímat anonyminé nemocniční prostředí tak, aby rodičkám připomínalo domácí atmosféru – a nejde jen o vnější vzhled prostor, ale především o chování a přístup zdravotnického personálu. Takovým řešením byl před lety projekt CAP – Centrum aktivního porodu, které několik let fungovalo (k velké spokojenosti rodiček) ve Fakultní nemocnici Na Bulovce,“ připomněl nechvalný konec nadějněho projektu Michael Vícha.

Filip Klit Citores

Vladimír Dbalý už Homolku nepovede

Místo nového ředitele Nemocnice Na Homolce pravděpodobně obsadí dosavadní primář tamní neurochirurgie Michal Šetlík. Dle informací, které v minulém týdnu přinesly Lidové noviny, byl doporučen 10 z 19 členů výběrové komise.

O pozici šéfa nemocnice se ucházelo celkem 11 osob, mezi nimiž nechyběl ani Vladimír Dbalý, který tuto funkci zastával až do poloviny ledna tohoto roku. Tehdy byl náhle a bez udání důvodu odvolán ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem (TOP 09). „Ministerstvo důkladně zvážilo situaci a domnívá se, že management nemocnice by měl do dalšího období získat novou a silný mandát, který vzejde z transparentního výběrového řízení,“ uvedl tehdy k odvolání Dbalého ministr. Vítězství dosavadního primáře neurochirurgie však musí svým jmenováním potvrdit ještě ministr Heger. Podle zdroje LN však měl Michal Šetlík velkou podporu ministerstva zdravotnictví, a je tedy nanejvýš pravděpodobné, že nakonec opravdu do funkce nastoupí.

Bezproblémová nemocnice?

Faktem je, že Nemocnice Na Homolce je – alespoň podle hospodářských výsledků – řazena mezi nejlépe fungující nemocnice v Čes-

ké republice. Nikdy nebyla zadlužena a platy zdravotníků zde patří k nejvyšším v zemi. V listopadu minulého roku HealthCare Institute vyhlásil žebříček nejlepších nemocničních zařízení v zemi. Nemocnice Na Homolce v tomto hodnocení získala již podruhé za sebou absolutní prvenství. Podmínky pro dobré hospodaření jsou dány i oborovým zaměřením. Homolka se specializuje na léčbu kardiologických a neurologicko-neurochirurgických onemocnění. Jako jediné pracoviště v České republice disponuje Leksellovým gama nožem.

Ani „bezproblémové“ Homolce se však v minulosti nevyhnula kritice. Bývalému vedení byla opakovaně vycitána pochybení provázející veřejně zakázky. Zatím poslední kauza pochází z počátku tohoto roku, kdy antimonopolní úřad udělil nemocnici pokutu 30 tisíc Kč za to, že nevypsala výběrové řízení na právní služby. Management nemocnice se tehdy neodvolal a bývalý ředitel Dbalý zaplatil pokutu ze svého.

(fkc)

Lékařská sociální síť už rok pomáhá českým internistům

Na intranetovém portálu mohou lékaři z ambulancí i nemocnic rychle konzultovat stav pacienta, jeho možné diagnózy a vhodné postupy léčby *on-line*. Česká internistická společnost ČLS JEP (ČIS) jej spustila před rokem, nyní má přes 1200 uživatelů.

„Intranet ČIS je odbornou sociální sítí, kde si lékaři vyměňují zkušenosti, píšou komentáře k publikacím, článkům tuzemským i zahraničním, *on-line* sledují přenosy z důležitých jednání, virtuálně se účastní kongresů a denně dostávají přehled o tom, co hýbe českým zdravotnictvím,“ řekl předseda společnosti profesor Richard Češka.

Mezi uživateli převažují internisté, kardiologové, diabetologové, endokrinologové a nefrologové. Přes chat na intranetu ČIS může třeba lékař z Aše probrat spornou

diagnózu s kolegou třeba z Uherského Hradiště, zároveň se podívat na podobný případ, na doporučený postup léčby, případně vznést dotaz k ostatním uživatelům intranetu. Dozví se, co chystá ministerstvo zdravotnictví či před jakým lékem varuje Státní ústav pro kontrolu léčiv.

„Digitální Oscar“

Profesor Češka ocenil, že jim intranetový kanál umožní získat komplexní pohled na zdravotní problém pacienta. „S nadsázkou říkávám, že specialistovi jde

o orgány, internistovi o člověka,“ uvedl. Lékařům je na intranetu k dispozici bezplatná právní poradna. V době, kdy se počty právních sporů stále zvyšují, jde o intenzivně využívanou službu. Portál je podle Richarda Češky zatím jediný svého druhu v Česku. Jeho schopnosti byly vyzdvíženy v soutěži Digital Communication Awards, digitální období filmových Oscarů, kde se probojoval mezi první tři soutěžící. V současné době se připravuje přechod na „chytré“ telefony lékařů a propojení s jejich tablety. (klu, ČTK)

HEZR – hodnocení ekonomických a sociálních opatření ve zdravotnictví	
Přínos opatření pro rozvoj země	Rating
Racionalizace sítě zdravotnických zařízení	176
Projekt Národního informačního systému sledování efektivity	137
Zákon o dlouhodobé péči	108
Převod části specializačního vzdělávání na lékařské fakulty	60
Stát určí cenu roku kvalitního života	15
Změna systému přerodělování léků – předepisování počtu tablet	-20
Povinnost spádových nemocnic zajistit péči u domácích porodů	-157

+ 300 = nejpřínosnější opatření; - 300 = nejkodlivější opatření

V Ústí nad Labem vznikla nová fakulta zdravotnických studií

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně (UJEP) v Ústí nad Labem se od 1. března rozrostla o novou fakultu zdravotnických studií, která vznikla na základech někdejšího ústavu zdravotnických studií.

Akreditační komise vyslovila koncem ledna souhlas s převodem ústavu na Fakultu zdravotnických studií (FZS) Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. Byly na ni převedeny stávající studijní programy a jejich obory, které se dosud vyučovaly v ústavu zdravotnických studií. Rektor UJEP profesor René Wokoun pověřil řízením fakulty doc. MUDr. Miroslava Tichého, CSc., který povede FZS do doby, než bude jmenován nový děkan.

„Nová fakulta se zaměří na poskytování vysokoškolského vzdělání v oborech, které umožňují získat způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Jedná se o tříletý bakalářský studijní program Ošetřovatelství v oborech porodní asistentka a všeobecná sestra a tříletý bakalářský studijní program Specializace ve zdravotnictví v oboru ergoterapie a fyzioterapie,“ uvedl docent Tichý. Vyučování bude probíhat formou prezenčního studia. První studenti fakulta přijme od začátku akademického roku 2012/2013.



Rektor UJEP René Wokoun pověřuje prozatímním řízením fakulty Miroslava Tichého.

Foto: archiv UJEP

Nové laboratoře i kliniky

Ústav zdravotnických studií vznikl v roce 2004 spojením regionálních vyšších odborných škol zdravotnického zaměření. V roce 2010 zde byla otevřena laboratoř pro studium pohybu vybavená kamerovým systémem pro 3D analýzu pohybu, tlakovou deskou pro sledování rozložení tlaku na plos-

kách nohou, silovými deskami pro sledování stability těla a 16kanálovým elektromyografickým přístrojem pro sledování aktivity kosterních svalů. V roce 2011 došlo k vybavení laboratoře pro civilizační choroby, která disponuje přístroji ke sledování funkcí dýchacího a oběhového aparátu.

Klinické zázemí pro výuku poskytuje fakultě Krajská zdravotní, a. s., především Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Zde také byly zřízeny kliniky neurochirurgie a kardiologie, které jsou po vý-

ukové stránce součástí fakulty. „V současné době probíhají intenzivní přípravné práce na vytvoření biomedicínského centra, které má ambice sdružit medicínský výzkum celého regionu,“ dodala mluvčí FZS Jana Šíková.

Petra Klusáková

Porodnice naočkovala personál **proti pertusi**

Zvýšeným výskytem pertuse jsou ohroženi především novorozenci. V Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí proto nyní proti černému kašli nabízejí očkování nejen personálu porodnice, ale i nastávajícím matkám.

Některá očkování aplikovaná v dětství nemají dlouhodobý účinek a dospělí tak již nejsou proti daným infekčním nemocem chráněni. ÚPMD je první porodnicí u nás, která nabízí očkování proti černému kašli svým zaměstnancům a od března i klientkám a jejich rodinám. Ústav tak reaguje na doporučení Národní imunizační komise (NIKO), která na možnost nákazy nejmenších dětí upozornila již v loňském roce.



Očkování vrchní sestry Ilony Křížanové. Foto: archiv ÚPMD

„Zvýšená morbidita pertuse je zaznamenána v adolescentním a v dospělém věku. Dospělí jsou možným zdrojem onemocnění pro novorozence a neočkované děti. Vzhledem k současné epidemiologické situaci komise doporučuje v podmínkách ČR minimálně jednou v dospělosti aplikaci posilující dávky proti pertusi jako součást kombinované vakcíny proti difterii, tetanu a pertusi obsahující nízkou dávku antigenu (dTap) všem obyva-

Novým ředitelem FN Olomouc jmenován náměstek Havlík

Ministr zdravotnictví Leoš Heger uvedl do funkce ředitele Fakultní nemocnice Olomouc jejího dosavadního náměstka léčebné péče, chirurga doc. MUDr. Romana Havlíka, Ph.D.

Cílem a úkolem nově jmenovaného ředitele bude podle ministra zdravotnictví především udržení a další rozvoj špičkové kvality zdravotní péče, udržení ekonomické stability a vyrovnaného hospodaření nemocnice a vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání. „Chtěl bych popřát novému řediteli mnoho úspěchů v jeho funkci a věřím, že velkou měrou přispěje k dobrým hospodářským výsledkům nemocnice a především k jejímu dalšímu rozvoji ku prospěchu pacientů,“ uvedl ministr Heger, který za ekonomickou stabilizaci poděkoval odcházejícímu řediteli Radomíru Maráčko-

vi. Ten ve funkci skončil ke konci února.

Nový ředitel chce v letošním roce zajistit kvalitní péči pro pacienty při současném dosažení kladného hospodaření, úspory z provozu využije na navýšení mezd. Výrazné propouštění Havlík neplánuje, bude znovu akreditovat nemocnici a za jeho éry se také začne budovat nová lékárna za 100 milionů korun. Pokračovat bude i snižování současného počtu 1300 lůžek. „Loni v nemocnici ubylo více než 100 lůžek, letos to bude zřejmě dalších 50 lůžek. Nebudeme ale zavírat žádné pracoviště ani utlumovat žádný obor,“ řekl Havlík. (klu)

Z nemocnice Litoměřice odešel její ředitel

Na vlastní žádost opustil po pěti letech vysoký management litoměřické nemocnice Leoš Vysoudil. Jako důvod odchodu uvedl zdravotní důvody.

Radní Vysoudilovu rezignaci přijali. „Na jeho místo bude v nejbližších dnech vypsáno výběrové řízení. Do doby ukončení řízení je vedením zdravotnického zařízení, jež je příspěvkovou organizací města, pověřen provozně-ekonomický náměstek nemocnice Vladimír Kestřánek,“ uvedl místostarosta Litoměřic Jan Szántó.

Čtyřicetiletý Vysoudil vystudoval všeobecné lékařství na královéhradecké Lékařské fakultě Uni-

verzity Karlovy, specializoval se na interní lékařství. V litoměřické nemocnici pracuje od roku 1996, posledních pět let jako její ředitel. Předtím působil jako asistent ředitele a poté jako jeho náměstek. Leoš Vysoudil bude v nemocnici nadále působit jako zástupce primáře oddělení léčebny dlouhodobě nemocných a lékaře cévní ambulace. Od roku 2010 je také členem litoměřického zastupitelstva. (klu)

telům ve věku do 65 let,“ uvádí se ve zprávě NIKO, která doporučuje očkování například právě personálu kojeneckých ústavů.

Dramatický nárůst

„Velice mě těší, že většina zaměstnanců, kteří jsou v kontaktu s dětmi, využila možnost nechat se přeočkovat proti černému kašli. Chrání si vlastní zdraví a zároveň zdraví našich nejmenších pacientů. Věřím, že se přeočkování proti černému kašli shledá se stejným zájmem i u našich pacientek a jejich rodin,“ uvedl ředitel ÚPMD Jaroslav Feyereisl. Jeho slova podpořil také předseda České vakcinologické společnosti

ČLS JEP Roman Prymula: „Nárůst pertuse je v poslední době dramatický. Pokud je v rodině očekáván potomek, měli by očkování zvážit rodiče i prarodiče. Budou toto dítě chránit.“

Až 95 % dětí ve věku dvou měsíců nemá ochranné látky proti černému kašli. „Jedinou možností jak tato novorozeňata chránit je zabránit pohybu přenašečů této nemoci v jejich blízkosti. Proto je velice důležité, aby si budoucí rodiče a další členové rodiny zkontrolovali aktuálnost očkování proti černému kašli a případně se nechali přeočkovat,“ upozorňuje primář novorozeneckého oddělení ÚPMD Zbyněk Straňák. (klu)

Divadlo, které zachraňuje životy – simulační medicína

Metoda simulace při medicínském vzdělávání zaznamenává největší rozvoj v USA. Americká Mayo Clinic poskytla brněnské Fakultní nemocnici u sv. Anny (FNUSA) licenci pro vybudování a provoz multidisciplinárního simulačního centra. Na jeho přípravě v Brně pracuje zástupce přednosty Anesteziologicko-resuscitační kliniky LF MU a FNUSA MUDr. Václav Zvoníček.

Jak vznikla myšlenka na vybudování centra simulační medicíny v Brně?

Záměr zřídit multidisciplinární simulační centrum ve FNUSA v Brně vznikl na základě dlouhodobé spolupráce s americkou Mayo Clinic. V jejím pojetí je vedle vědy nedílnou součástí medicíny i vzdělávání. Myšlenka simulačních metod funguje v USA přibližně deset let a vzdělávání mediků i lékařů tam jde právě cestou simulačních postupů. Myšlenka strategického mezinárodního projektu vznikla na základě možnosti využít know-how ze simulačního centra Mayo Clinic v Brně.

Co vlastně pojem simulační medicína znamená?

Zatímco například v letectví je již desítky let simulace standardní normou vzdělávání pilotů, v medicíně nic takového v praxi neexistovalo, přestože už zakladatelé Mayo Clinic takovou myšlenku měli. Předpokládali, že medici by se měli přestat učit na lidech. V praxi však realizace začala až po roce 2000, kdy se rozvinul nový postup simulační medicíny. Ten spočívá v tom, že se podle určitých scénářů vytvářejí různé medicínské situace a celá výuka připomíná divadlo.

A divadlo to vlastně i je, užívají se termíny jako *stage* (pódium), scénář či ozvučení. V rámci takového divadla se určitá situace simuluje („hraje“) podle předem vytvořeného scénáře a pedagog při tom stanoví, co se bude dít a co se tímto postupem posluchač má naučit. Role pedagoga spočívá také v tom, že během simulace reaguje na to, jak ti, jež učí, postupují. Metoda se uplatňuje nejen při výuce mediků, ale zejména lékařů.

Jak vypadá konkrétně proces výuky s použitím takové simulace?

Lékař ve výuce během simulace standardně vyšetří pacienta,



Foto: David Daněš

objedná si laboratorní a jiná vyšetření, jejichž výsledky získá v reálném čase, dále stanoví diagnózu, provádí léčbu – podává infuze a skutečné léky, virtuálního pacienta sleduje na monitorech a přístrojích stejných jako v běžné praxi. Naprogramovaná simulační figurína umožňuje provádět poslech srdce a plic, umělou plicní ventilaci, dá se nastavit traumatické postižení a mnoho dalších akutních stavů. Existují modely pro výuku bronchoskopie, gastrokopie, pro laparoskopické operace a supersofistikované technologie zprostředkují naprosto realistické podmínky.

Co všechno figurína virtuálního pacienta „umí“?

Figuríny se uplatňují hlavně v simulování těžkých traumat nebo bezvědomí, kdy tolik nezáleží na komunikaci s pacientem, ale jde hlavně o resuscitaci, vyšetřovací metody technického rázu nebo řešení akutních stavů. Figurína při tom reaguje na fyzickou resuscitaci, eviduje, jak kvalitně se provádí stlačování hrudníku, prodýchávání, jak se používá defibrilátor nebo léky. Existuje ale i vyšší úroveň simulace – cvičí se týmová spolupráce. Jde o případy, kdy se během resuscitace stane nějaká nežádoucí, rušivá příhoda. Vedoucí týmu

pak musí dokázat odvést pozornost členů týmu od nežádoucího podnětu a soustředit ji výhradně na resuscitaci.

Jak vstupuje do procesu pedagoga, který simulaci řídí?

Virtuální pacient dokonce mluví. Ten, kdo řídí výuku, tak operativně vstupuje do procesu (za simulátor mluví vyučující a jeho hlas se přenáší do figuríny). Realismus spočívá i v detailech prostředí nemocničních pokojů, jejich vybavení... Jedno vystoupení – scénář – trvá zpravidla patnáct až třicet minut, vše se zaznamenává na video a zkušený lékař pak provádí rozbor, během nějž se vytvářejí zpětné vazby a dochází k procesu učení. Frekventanti takového vzdělávání získávají během simulace úplně jiné dovednosti, než by jim dala teoretická výuka.

Co je hlavním důvodem pro zavádění takto netradičních metod?

Zásadní výhodou je využití simulací v prevenci chyb lékařů. Simulují se krizové situace a lze se tak bez rizika naučit postupy pro akutní stavy a jak na ně správně reagovat. Další zajímavou možností jsou simulace zřídkka se vyskytující diagnóz. Příkladem může být zástava srdce po toxickém účinku

při lokální anestezii. Některá lokální anestetika totiž výjimečně mohou takto působit, ale takové případy se v praxi vyskytují velmi zřídkka. Právě při mém pobytu na Mayo Clinic byl prezentován případ, kdy byla taková zástava srdce simulována a shodou okolností se jeden ze školených lékařů následně s touto situací setkal u pacienta a zachránil jej díky včasné a správné reakci. Je to příklad přímé záchrany života díky simulační medicíně.

Simulační medicína pracuje pouze s figurínami a přístroji?

Vedle zmíněných typů simulace na figurínách je mnoho dalších situací, které simulují se standardizovanými pacienty. Jde o herce, kteří jsou naučeni simulovat určitou diagnózu a mají detailně naučené scénáře, aby přesně dokázali reagovat. Vše probíhá v realistických ambulancích a lékaři stanovuje diagnózu. Tyto metody se hodně využívají v interní medicíně, lékaři se tak ale učí komunikovat i s pacientem. Někdy se dokonce využívá kombinace metod, kdy za pacienta mluví živý herec, ale výkony se provádějí na figuríně.

Mluvil jste o simulaci traumat a interní medicíně. Kde ještě má simulační medicína uplatnění?

Simulace se dá rozvinout do všech oblastí medicíny, například i na komunikaci s příbuznými, kdy se lékař naučí vyhýbat chybám, které mohou být příčinou nejčastějších nedorozumění. Jde třeba o nácvik komunikace sdělování špatné zprávy, řešení konfliktu v situaci, kdy si příbuzný stěžuje na lékařský postup, a podobně. Viděl jsem v USA simulaci, při níž šlo o získávání souhlasu příbuzného – herec představoval neúvěřivého rodiče a úkolem lékaře bylo odklonit jej od hněvu, což nebylo jednoduché. Jiným případem může být nechápavý

pacient, který vyžaduje detailní vysvětlení...

Na jaké úrovni je simulační medicína u nás?

Pokud vím, používají se jednotlivé simulační přístroje, nezaznamenal jsem ale, že by se u nás uplatňovaly simulační scénáře tak pracovaně jako v USA. Ve Fakultní nemocnici u svatě Anny provádíme na simulátorech scénáře jednoduššího typu, například kurzy zajištění dýchacích cest – tyto scénáře jsou zaměřeny na dovednosti, jako je intubace v reálné situaci a podobně. Dnes již standardně probíhá simulační výuka intenzivní medicíny studentů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.

Jak by mělo vypadat připravované simulační centrum ve FNUSA v Brně?

Mělo by zde být celé centrum s příjmovými urgentními místnostmi, operačními sály, kde by se simulovala anestezie a operace, simulační ambulancí a plánovaly se i experimentální simulace. Hlavně by ale mělo jít o jasné vedení a kvalitu scénářů. Centrum je plánováno jako otevřené všem lékařům z České republiky, mohli by zde působit i pedagogové z jiných fakult a my bychom garantovali simulační kvalitu kurzů.

Jaká je vaše role v přípravě projektu?

Byl jsem v rámci přípravy odpovědný za zajištění týmu, v němž by byli specializovaní pedagogové, kteří by pomáhali při tvorbě scénářů. Před spuštěním projektu je třeba minimálně rok nebo dva takové přípravy. Zatím pracujeme na dovybavení simulačního laboratoru ve FNUSA, kde se už simulace provádějí. V rámci povinných kurzů lékařské etiky a organizace také plánujeme využít herce k simulaci komunikace příbuzných s lékařem.

Co bude znamenat vstup metod simulační medicíny do českého systému medicínského vzdělávání?

Pokud jde o český vzdělávací systém, není s tímto typem výuky problém. Zdá se, že jej bude možné využít snad i pro některé výkony potřebné pro atestace a ty provést právě na simulátorech. Například počet kardiologických operací je omezený – a zde může simulace přispět. Byla by tak neefektivnější právě pro postgraduální vzdělávání. **David Daněš**

Proč hradit kuřákům lázně a alkoholikům transplantace jater?

Jak financovat zdravotnictví v situaci současného, ale hlavně budoucího demografického vývoje? Především je nutné zastavit plýtvání a korupci na všech úrovních, podpořit všemi cestami prevenci, osvětu a zdravý životní styl a naopak sankcionovat rizikové a vlastního zdraví škodlivé chování.

Jaké jsou perspektivy českého zdravotnictví? Jaký vliv má demografický vývoj v České republice na stav zdravotnictví a veřejné finance? Především je nutné předeslat, že na financování zdravotnictví se hrubý domácí produkt (HDP) v ČR i přes srovnatelnou úroveň poskytované péče s jinými zeměmi Evropy podílí nižším procentem. V současnosti ke zhoršení situace přispívá snížený výběr pojistného a neochota státu dofinancování kapitolou zdravotnictví, dále zvyšující se náklady na přesnější diagnostiku, nové, dražší léčebné postupy, využití nákladných přístrojů, účinnější a dražší farmakoterapie a také vyšší náklady na zasloužené mzdové prostředky zdravotníků. Hrozící recese ovšem nedovolí uvolnit významnou částku na dofinancování potřeb zdravotnictví.



PhDr. et Bc. Kateřina Valentová, MSc.

Je třeba sledovat počet dnů hospitalizace, neboť je známo, že v průměru po týdnu hospitalizace dochází u seniorů ke komplikacím, od imobility přes inkontinenci, vznik dekubitů a dalších poruch až po nozokomiální nákazy, léčba se komplikuje a prodrazuje. Pro seniora je ideální doléčení v domácím prostředí, ale avizované posílení domácí péče se nejspíš neděje. Je třeba lépe bodově ohodnotit výkony v domácí péči a podmínit lepší financování vyšší kvalifikací či specializací v geriatrici u sester v domácí péči.

Zaplatit za rizikový životní styl

Jak financovat zdravotnictví v situaci současného, ale hlavně budoucího demografického vývoje? Do zdravotního pojištění platíme dost, 13,5 %, tudy cesta nevede. Pokud je to možné, měl by se navýšit rozpočet zdravotnictví z rozpočtu státu v závislosti na HDP. Především je ale nutné zastavit plýtvání a korupci na všech úrovních, u všech poskytovatelů, pojišťoven, dodavatelů farmak, potlačit vliv politiků na státní úředníky. Je třeba se zaměřit na prevenci civilizačních chorob – od stavu zdraví dalších generací se bude odvíjet potřeba financí na úhradu péče. To je cesta k úsporám v budoucnu. Jedině tak bude budoucí početná skupina seniorů zdravější a tím pádem bude méně spotřebovávat. Výsledkem letité nekonceptnosti je vyšší procento civilizačních chorob. Přibýlo kuřáků, alkoholiků, obézních lidí, nádorových onemocnění.

Je třeba rovněž uvést náklady na léčbu pacientů s drogovou závislostí, s nemocí AIDS a dalších. Tyto skupiny konzumují značnou část financí. Jsou nutná nepopulární opatření a asi i odvahy, aby se tyto konzumenty na své léčbě více finančně podíleli. Vyšší odvody by měli platit též klienti, kteří rádi riskují, ať už se jedná o rizikové sporty či jiné nebezpeč-

né aktivity, ale také kuřáci, alkoholici, obézní pacienti s prokazatelnou závislostí na spotřebě nevhodné stravy a lidé se zubními kazy, jestliže je příčinou špatná péče o chrup. Nevidím důvod proč kuřákům plně hradit lázně a alkoholikům transplantace jater.

Jestliže je finanční situace tak špatná, nemůžeme si dovolit tolerovat čerpání v plné výši neukázněnými pojišťenci. Pojišťenci mají znát výši svého ročního účtu, mnozí si uvědomí, co společnost na jejich nemoci vynakládá. Je nutno prosadit, aby každý pacient přijatý k léčbě s onemocněním v důsledku vlivu drog a alkoholu, ji také v plné míře hradil. I takto lze dosáhnout toho, že lidé se budou chovat zodpovědněji. Statistika ARO dokládá vysoké procento pacientů přijatých se zraněním souvisejícím s požitím alkoholu, případně drog. I když u těchto pacientů často nebude platba vymahatelná, hrozba, že za svůj nezdravý a nebezpečný životní styl budou finančně postiženi, může zejména mezi mladou generací působit výchovně.

Propagujme zdraví, nikoli škodlivé látky

Je třeba se zabývat i vrácenými léky do lékáren v částce několika miliard ročně. A to jsou jen léky vrácené k likvidaci. Ty v kontejnerech na odpad nespočítáme. Řešením není oddělovat v lékárnách tablety, ale žádat od firem možnost menších balení nebo naopak násobně větších balení než dosud, právě z ekonomických důvodů. Snad by bylo možné některé léky z nenačatých balení při akceptovatelném skladování vracet předepisujícímu lékaři...

Je rovněž nutné zlepšit výběr dlužných úhrad našich pacientů a především cizinců. Změnit systém plateb a vybírat hotovost za ošetření do určité částky tak, jako je to v mnoha zemích v zahraničí. U své pojišťovny doma poté mohou částku nárokovat, jsou-li tedy skutečně pojištěni. Některé pojišťovny zvolily správný krok

směrem k podpoře prevence, dobrým počinem byl program VZP „Klub pevného zdraví“. Pacient se během roku dostavil k doporučeným preventivním prohlídkám a vyinkasoval určitou částku za splnění. Především měl uvědomit, které vyšetření má v daném roce absolvovat, a byl v rámci prevence vyšetřen.

Reklama na alkohol musí být zakázána tak, jako se podařilo eliminovat reklamu na cigarety. Naopak je důležité propagovat zdravý životní styl. Klienty pojišťoven, kteří dodržují doporučená preventivní vyšetření a mimo preventivní vyšetření čerpají minimum péče, lze odměňovat bonusem. V rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu v televizi ukazujeme pacienty v terminálních stadiích některých chorob, prokazatelně způsobených užíváním drog, nechráněným stykem s rizikovými partnery či kouřením. Vytvořme programy pro obyvatelstvo všech věkových skupin (zde by mohl být například prostor určený dentálním hygienistům), od dětí předškolního věku přes děti školní a dorost až k dospělým a seniorům. Jistě lze počítat s dotacemi z EU. Bylo by dobré tlačit na nižší ceny ovoce,

zeleniny a zdravých potravin, které si mnohé skupiny obyvatel nemohou pro jejich cenu dovolit. Umožnit našim lidem žít zdravěji za rozumné ceny.

Chybějící specialisté

Péči o seniory bude nutné začít plánovat a dohodnout se na koncepci. Důležité je personální zajištění v nemocnicích i u následné a dlouhodobé péče. Geriatr se orientuje v odlišnostech starého člověka, je tedy předpoklad rychlejšího залечení a přeložení do následné péče nebo péče v domácím prostředí. Jestliže procento seniorů bude růst, vyplatí se mít v lékařském týmu geriatra.

V domácí péči chybí služby ergoterapeutů a fyzioterapeutů. U imobilních pacientů by edukační sestra měla chodit k seniorům diabetikům či ke stomikům – alespoň dvě návštěvy, při druhé mít zpětnou vazbu a nabídnout pacientovi možnost kdykoli zavolat telefonem. Vyjde to levněji, než když pacientova rodina při každém problému, který neumí řešit, volá sanitu a pak obvykle následuje hospitalizace. Zelenou u pojišťoven by měla mít domácí hospicová služba, která je levnější než hospitalizace. Neměli bychom postihovat praktické lékaře za vyžádanou domácí péči.

Všichni, kteří jsme součástí zdravotnických týmů, máme návrhy jak řešit problémy ve zdravotnictví. Jednotlivé obory mohou přispět připomínkami k problematice, do které vidí nejlépe. Považuji za správné, když připomínky vznášejí zdravotníci, čili lidé z praxe, nikoli politici, kteří mají k této problematice daleko nebo své zdravotnické povolání již dlouho neprovzoují.



ilustraci foto: fontana.org

Sebelepší ústavní péče nemůže nahradit rodinu

Jako sociální pracovnice a psycholožka provázím náhradní rodiče pěstounstvím či adopcí již několik let. Pěstouni a adoptivní rodiče, které znám, zasluhují obdiv a úctu. Pomáhají společnosti, aby z dětí vyrostli zdraví a sebevědomí lidé, kteří obstojí ve svém vlastním samostatném životě.

Pomáhají v tom, aby se děti buď mohly vrátit ke svým rodičům, nebo aby pochopily a přijaly, proč to není možné, a přesto se dokázaly radovat a žít svůj život plnohodnotně. Pěstouni mají výhodu, že toto vše mohou dělat v kruhu rodinném, v bezpečí rodiny, v blízkých vztazích s dítětem. A daří se jim to.

Potřeba výlučné pozornosti

Jako sociální pracovnice a psycholožka znám i ústavní zařízení – pro děti i pro dospělé, pro zdravé i handicapované. Také lidé pracující v kojeneckých ústavech a dětských domovech zasluhují obdiv a úctu. V možnostech, které ústavní zařízení nabízí, pro děti dělají naprosté maximum, často za nízké platy. Nikdo tam dětem nechce ublížit, právě naopak. A to je skvělé, protože přesně to mají společné s pěstouny. Jenže nyní se v médiích množí články od zastánců ústavní péče, kteří vykreslují rodiče těchto dětí jako fetačky, prostitutky, asociály a podivíny. Ano, v některých případech rodiče nechtějí pro své děti to nejlepší. A v tu chvíli je



ilustrace Foto: Shutterstock

potřeba zasáhnout, situaci dítěte dobře vyhodnotit a rozhodnout, či péče je pro něj nejlepší. Když ne rodičů, ani po intenzivní práci s nimi, pak širší rodiny. Když ne širší rodiny, tak pěstounů. Když ne pěstounů, máme za úkol zjistit, co brání dítěti, aby mohlo v rodině vyrůstat. A když dítě v rodině skutečně nedokáže a nechce žít, potřebujeme malé specializované terapeutické zařízení, kde se život svým rytmem, počtem lidí, jejich rolemi a pé-

čí o každé dítě rodině co nejlépe blíží. Nikdo už totiž dnes nepochybuje o tom, že pro dítě je život v rodině to nejlepší, protože tam zažívá výlučnou pozornost, kterou pro svůj vývoj potřebuje.

Příklady dobré praxe

Úkol pěstounů je a bude nelehký. A těch na přechodnou dobu o to víc, že ještě téměř ani nezačali a už jim nikdo nevěří. Nevěříme, že se najdou. Nevěříme, že to nebudou dělat jen pro peníze. Nevě-

říme, že zvládnou předat dítě zpět do vlastní, již bezpečné rodiny či do nové, dlouhodobé rodiny, ať už adoptivní či pěstounské. Přesto ale snad už všichni věříme, že je třeba změna. Věříme a známe fakta, že pobyt v ústavní péči či nefungující vlastní rodině dítěti způsobuje závažná traumata a často trvalá poškození na úrovni psychické, fyzické, sociální i intelektové.

Věříme a známe fakta, že pokud se dítě dokáže vztahově připoutat k jedné pečující osobě, bude to umět i k dalším osobám, které jej citlivě přijmou. Tak tomu bude i v případě, kdy dítě přílně k pěstounovi na přechodnou dobu. Vytvoří s ním pevný vztah a ten dítěti umožní, aby to dokázalo i s dalšími lidmi v jeho okolí – primárně s těmi, kteří jej přijmou do péče po pěstounech na přechodnou dobu. Tedy zpět rodiče či noví, adoptivní rodiče, případně dlouhodobí pěstouni. Již dnes existují příklady dobré praxe i u nás v České republice. Jen nejsou pod tíhou kritiky „neschopných“ rodičů dětí, pod tíhou zkruslování motivace pěstounů k jejich činnosti a pod tíhou

strachu o své pracovní místo vidět. (Málo se ví o tom, že např. ve Středočeském kraji pěstouni na přechodnou dobu pečují o páté miminko a všechny čtyři předchozí děti zvládli předat do péče nových adoptivních rodičů, s kvalitní odbornou podporou v zádech.)

Základ spokojenosti a úspěchu v životě

Proč věřím, že pěstouni zvládnou postarat se o děti dosud umístované do kojeneckých ústavů? Protože už dnes to někteří zvládají, jsou na svou roli připravováni, jsou hodnoceni jejich osobnostní předpoklady, dovednosti a možnosti ještě před přijetím dítěte. Budou mít k dispozici odbornou psycho-sociální, případně i zdravotnickou podporu. A k tomu získají i adekvátní finanční ohodnocení.

Ústavní péče v České republice funguje od 50. let. Přesto si myslím, že každé dítě, které může vyrůstat v rodině, ať už vlastní či náhradní, bude ve svém dospělém životě spokojenější a úspěšnější než to, které vyrostlo v péči ústavní. Ale na tom se zřejmě všichni neshodneme. I když k tomu existuje řada výzkumných studií, nejen zahraničních, ale i českých. Proto asi bojujeme. To však dětem nepomůže. Proto pojďme společně vyhledat a připravit tolik pěstounů, kolik dětí v ohrožení budou potřebovat. Budou pak žít v rodině a o to nám všem přeje jde.

Mgr. Ria Černá
sociální pracovnice a psycholožka, Amaltea, o. s.

Diagnostický zázrak a lobby biochemiků

Motto: Kdyby stáří dodávalo moudrosti, byl by dubový pařez největším mudrcem.

30. ledna 2012 vyšel ve Zdravotnických novinách (2/2012) článek nazvaný „Pracuji s kontroverzním diagnostickým přístrojem: šarlatáni, nebo vizionáři?“. Podstatnou částí článku byly úvahy nad „diagnostickým“ přístrojem AMP, jehož použití v současnosti nabízí (za poplatek) některá česká privátní zdravotnická zařízení. Přístroj je údajně schopný bez potřeby krve, neinvazivně a rychle stanovit souběžně 117 parametrů, od běžných biochemických a hematologických analytů až po některé pojmově záhadné parametry srdeční, oběhové a jiné metabolické činnosti. Prostě zázrak, založený (jak jinak) na

kvantové fyzice. Uvedený princip by měl soudného člověka varovat, zvláště pak lidi s přírodovědným vzděláním!

Otázka slepé víry a peněz

Výše uvedený článek byl sestaven s patrnou snahou o nestranost a s pozorovatelným nadhledem. Autorka článku MUDr. Andrea Skálová by v něm pro čtenáře (poskytovatele i potenciální uživatele zdravotnických služeb v ČR) ráda získala relevantní objasnění principu fungování a kvality popisovaných přístrojů, už proto, že je jim prokazována masivní až bombastická reklama. Získat informace, které by klientům

dovolily zodpovědné rozhodnutí, do čeho budou investovat svůj čas a finance – zda do odborné péče o své zdraví, do vyšetření pomocí AMP, nebo rovnou do konzultace s kartářkou. Vybrat si mezi odpovědí šarlatána, vizionáře či odborníka.

V článku je jasně uvedeno, že kromě již zmíněného (a v daném kontextu nutno říci směšného) principu, na kterém přístroj AMP pracuje (kvantová fyzika), neexistují žádné standardní studie a důkazy o jeho efektivnosti. Je to jen otázka slepé víry a peněžní platby. Reklamy na přístroje pracující s nedoložitelnými argumenty o ruském kosmickém

programu a s doporučeními vyjádřeními některých (zatím jen mála) celebrit českého zábavního průmyslu.

Za hranic soudnosti

Odborníci – lidé obvykle skeptičtí vůči senzácím a uvážliví – se zatím k přístroji a jeho použití vyjádřili vesměs odmítavě. Teď, jak je v článku možné si přečíst, dostaly celebrity a reklama nečekaného spojení. Pan prof. Ing. Vladislav Chromý, CSc., dlouholetý pracovník v oboru laboratorní medicíny, čestný člen České společnosti klinické biochemie ČLS JEP (ČSKB), na podkladě vlastní zkušenosti podporuje rozšíření ne-

ověřeného přístroje AMP do všech ordinací praktických lékařů. Vizionářství, nebo snad obchod? Je obtížné pochopit, proč velmi zkušený a publikačně zdatný dlouholetý analytik propadl kouzlu tohoto „přístroje“ a proč mu najednou nevadí absence jakéhokoli důkazu efektivity. Ovšem argumentace pana profesora, že biochemická lobby (ke které sám dlouhá léta patřil, dokonce jako její přední a čestný člen) přístroj z konkurenčních důvodů do praxe nepustí, překračuje všechny meze soudnosti a serióznosti – tedy vlastností, bez kterých se vědecký pracovník neobejde. Profesor Chromý je autorem skript o bioanalytice, která vyšla v roce 2011. Dočkáme se snad třetího vydání, kde bude kapitola o metodě AMP? Bude ji někdo z lobby klinických biochemiků recenzovat?

Mgr. Martina Bunešová
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

USA: Varovné obrázky na krabičkách cigaret jsou protiústavní

Americký soudce rozhodl ve prospěch tabákových společností, když v rozsudku označil nařízení vyžadující umístění varovných obrázků na krabičky cigaret za protiústavní. Podle soudce takový požadavek porušuje právo na svobodu slova.

Tabákové společnosti se na soud obrátily poté, co americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) vydal nařízení, podle něhož výrobci cigaret museli na krabičky umístit grafiku varující před škodlivými účinky kouření (fotografii plic kuřáka, zkažených zubů, těla na pitevním stole apod.). Opatření mělo vejít v platnost v září letošního roku. Vláda prezidenta Baracka Obamy již avizovala, že se proti rozhodnutí soudu odvolá.

Raději daně než „děsivé obrázky“

Podle soudce Richarda Leona je nepřípustné, aby tabákové společnosti na svých vlastních výrobcích musely zákazníka odrazovat od jejich koupě. Jak uvedl v rozsudku, vláda má i jiné možnosti jak bojovat proti kouření – například zvýšením daní na tabákové výrobky či umístěním varovných nápisů na krabičkách namísto „děsivých obrázků“.

Zákon, který umístění těchto gra-

fik na cigaretové obaly vyžaduje, byl americkým Kongresem schválen v roce 2009. Obrázky musejí být barevné a musejí překrývat 50 % krabičky nebo 20 % tištěné reklamy na tabákové výrobky.

Grafická ztvárnění důsledků kouření měla být první změnou varování na krabičkách za posledních 25 let. V současnosti balení cigaret obsahují pouze krátký text Americké chirurgické společnosti. „Kongres se bohužel vůbec nezabýval střetem zákona s prvním dodatkem ústavy ani tím jak tuto legislativu navrhnout v podobě, jež by nebyla v rozporu s obchodními právy společností,“ napsal soudce mimo jiné v odůvodnění rozsudku.

Informovat ano, ale podle ústavy

„Věříme, že vlády, úřady zabývající se veřejným zdravím, výrobci cigaret a ostatní subjekty mají společnou odpovědnost za poskytování podložených informací o nejrušnějších zdravotních rizicích spojených s kouřením,“

uvedl po vnesení verdiktu právní zástupce tabákového koncernu R. J. Reynolds Martin Holton. „Nicméně tato odpovědnost musí být v souladu s americkou ústavou,“ zdůraznil.

Na rozsudek kriticky reagovala řada organizací bojujících proti kouření. „Rozhodnutí soudu první dodatek ústavy naopak naprosto ignoruje. Dodatek totiž podporuje právo vlády na ochranu veřejného zdraví,“ uvedla například ve svém prohlášení nadace Campaign for Tobacco-Free Kids.

Podle údajů Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) žije ve Spojených státech amerických přibližně 45 milionů kuřáků – přitom právě kouření je v zemi nejčastější preventabilní příčinou úmrtí.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová



Ilustrační foto: hotscr.com



Krátce ze zahraničí

- Senát amerického státu **Virginie** zamítl návrh zákona přiznávajícího lidská práva embryím od okamžiku jejich vzniku, jehož přímým důsledkem by byl zákaz potratů či znesnadnění léčby neplodnosti a umělého oplodnění. „Je to důležité vítězství v republikánské válce proti právu žen rozhodovat o svém zdraví,“ komentovala zamítnutí legislativy demokratická senátorka Carolyn Fiddlerová.

- Americké úřady vznesly obvinění v jednom z největších případů zneužívání zdravotního pojištění. **Texaský** lékař Jacques Roy čelí nařčení, že vypisováním smyšlených ošetření a dalšími praktikami připravil státní systémy zdravotního pojištění Medicare a Medicaid o 375 milionů dolarů.

- **Nizozemská** Klinika konce života začala v zemi provozovat mobilní týmy pro eutanazii, v jejichž rámci šest lékařů dojíždí za pacienty, kteří se rozhodli pro asistovanou sebevraždu (a kteří splňují zákonné podmínky pro její provedení), ale jejich ošetřující lékař jim odmítne pomoci. Podle mluvčí Nizozemské společnosti pro dobrovolný odchod ze života, jež mobilní týmy financuje, o služ-

bu zatím projevilo zájem přibližně 70 nevládních nemocných. Projekt schválilo nizozemské ministerstvo zdravotnictví.

- O změně zákona, jenž zakazuje eutanazii a trestá ji vězením, jedná **litevský** parlament. Návrh na legalizaci asistované sebevraždy předložil tamní liberální poslanec Andrius Burba, který ji označil za „alternativu k nelidskému fyzickému či psychickému strádání nevládně nemocných pacientů“.

- **Ukrajinská** policie zadržela na jihu země skupinu soudních lékařů, kteří se podíleli na nezákonném obchodování s lidskými tkáněmi, jež odebírali zeměděly a následně prodávali k výrobě bioimplantátů. Souhlas s odebráním tkání lékaři padělali nebo získali podvodem. Pokud budou usvědčeni, hrozí jim až 5 let vězení.

- Neúspěchem skončila více než zohodínová unikátní operace, během níž se lékaři **turecké** nemocnice Hacettepe pokusili pacientovi transplantovat všechny čtyři končetiny. Kvůli pooperačním komplikacím musely být transplantované končetiny odoperovány.

(Zdroje: CTK, Reuters, Los Angeles Times) (kha)

Rakouští lékaři „dělají sestřičky“

Medici a mladí začínající lékaři v postgraduální přípravě si stěžují, že při praktickém výcviku v rakouských nemocnicích téměř nemají čas ani příležitost věnovat se vzdělávání. Zpravidla jsou totiž využíváni především pro administrativní činnosti a ošetrovatelskou péči.

Vyplyvá to z analýzy průběhu praktického školení, kterou provedlo Centrum kvality lékařské péče, a tento fakt potvrzuje i rakouská lékařská komora. Nelichotivá zjištění o nedostatcích v systému vzdělávání budoucích lékařů se objevují právě v období, kdy chce komora razantně vyjednávat s politiky o jeho změnách.

Raději do zahraničí

Ze zveřejněných závěrů vyplývá, že praxe začínajících léka-

řů sestává převážně z vyplňování zdravotní dokumentace nebo z výpomoci při organizování jednání pacientů na vyšetření. Pokud jde o odborné činnosti, pak jsou mladí lékaři nemocnicemi využíváni hlavně jako ošetrovatelský personál, který ústavům často chybí. „Například odebírám krev, měřím tlak nebo zapisuji EKG,“ uvedly dvě třetiny dotázaných. Jen jeden z pěti respondentů se dostal alespoň k malému chirurgickému zákro-

ku. Asi jedna třetina prý vůbec neměla možnost zúčastnit se lékařské vizity.

Přítom školení podstupují velkou zátěž, protože během týdne odpracují 70-80 hodin, nemocnice jim vnucují přesčasů i častější noční služby. Není výjimkou, když mladý lékař odslouží během měsíce šest nočních služeb, které trvají 24-30 hodin. Někteří právě z těchto důvodů raději volí možnost absolvovat alespoň část praxe v zahraničí. Nejčastěji si rakouští mladí lékaři chválí lepší podmínky v Německu. „Reforma vzdělávání budoucích lékařů je nezbytná,“ uzavírá toto téma vedení rakouské komory s tím, že jde i o politické téma.

V jarních měsících se nicméně vedení komory obmění, neboť její dlouholetý prezident Walter Dornor oznámil, že už nehodlá znovu kandidovat. Projednávání otázek, které lékaře zajímají, s politiky se tak začne v čele komory věnovat nová osobnost.

(Zdroj: ÖÄK)

(vla)

Už pět let nahrazují šamany

Arcidiecézní charita Praha provozuje nemocnici v městečku Buikwe na jihu africké Ugandy. Ošetřili tu již na 140 tisíc pacientů a na svět pomohli třem tisícům dětí. Většinu pacientů tvoří děti, nejčastěji s diagnózou akutní malárie. V těchto dnech nemocnice slaví 5 let od svého vzniku.

Kromě ambulance nabízí zařízení pacientům dva operační sály, porodnici nebo HIV kliniku. Tým zdravotníků také každý týden vyjíždí přímo k pacientům do okolních, těžko přístupných oblastí. Během jednoho výjezdu ošetří více než 200 pacientů, pro které by jinak lékařská péče byla naprosto nedostupná. Svým rozsahem a kvalitou zdravotnických služeb nemocnice představuje unikátní projekt české rozvojové spolupráce.

Nejčastější operací je císařský řez

O služby nemocnice byl velký zájem již od jejího vzniku, počet pacientů každoročně přibýval. „Naše nemocnice je pro místní chudé obyvatelstvo jednou z mála možností, kam se v případě zdravotních problémů mohou obrátit. Státní i soukromá zdravotnická zařízení jsou pro ně finančně nedostupná nebo v nich chybí zdravotnický personál či vybavení,“ říká vedoucí Centra zahraniční spolupráce Arcidiecézní charity Praha Petra Matulová.



Foto: 2x archiv Arcidiecézní charity Praha

Ugandané se pak často uchylují k tradičním léčitelům, kteří se snaží léčit nemoci i zranění pomocí šamanských praktik. „Mezi nejčastější příčiny úmrtí v oblasti patří malárie, chudokrevnost, dýchací a střevní infekce, které se dají obvykle poměrně snadno vyléčit, pokud se nemocný dostane včas k lékaři,“ doplňuje místní lékař Steven Magera, který v nemocnici pracuje jako chirurg. Mnoho dětí trápí také podvýživa nebo břišní paraziti,

kteří přenášejí kontaminovaná voda či jídlo.

Na dvou operačních sálech lékaři zvládnou i několik operací denně. „Nejčastěji provádíme císařský řez, četné jsou operace kýly, nezhoubných nádorů a bohužel i vážných úrazů po dopravních nehodách,“ popisuje svůj běžný den Magera. Péče o pacienta a vybavení nemocnice je na tak vysoké úrovni, že komplikovanější případy přivázejí do české nemocnice i z dalších zdravotnických zařízení.

Přístup i k pacientům z nejdleších oblastí

I když je u místních povědomí o nemocnici poměrně vysoké, stále se řada nemocných či zraněných z osad rozestých v okolních kopcích kvůli svému stavu či finanční situaci do zařízení nedostane. Nemocnice proto každý týden vysílá

tým zdravotníků, kteří v „mobilní klinice“ poskytují zdravotnickou a psychosociální pomoc přímo v odlehlých obcích.

Nemocnice se vedle nabídky lékařské péče zaměřuje také na prevenci a osvětu. Programy pro pacienty se týkají zejména nemoci AIDS – jak jí předcházet, případně jak se s touto chorobou vyrovnat a naučit žít. Nemocnice také pravidelně školí a vzdělává své zaměstnance a snaží se působit i na krajské úrovni – nedávno například iniciovala koordinaci schůzky pěti místních krajských nemocnic.

Jana Jilková



Čína představila další plán pro boj s HIV/AIDS

Čínská vláda zveřejnila oficiální plán pro boj s HIV/AIDS. Země doufá, že se jí podaří zmírnit nárůst nových případů nákazy – počítá s tím, že počet pacientů se v roce 2015 zastaví na 1,2 milionu HIV-pozitivních.

V současnosti žije v Číně podle oficiálních statistik 780 tisíc lidí infikovaných virem HIV. Řada mezinárodních organizací nicméně upozorňuje, že skutečný počet pacientů může být mnohem vyšší.

Zanedbání problému

Vládní plán pro boj s HIV/AIDS na jedné straně vyzdvihuje pokrok, jehož se kabinetu podařilo dosáhnout například ve zvýšení délky života nakažených, na straně druhé ovšem připouští, že se jí stále nedaří zabránit šíření nemoci. „Nákaza se v současnosti stále šíří, navíc ve společnosti existuje

vysoká míra diskriminace HIV-pozitivních. V určitých oblastech a mezi rizikovými skupinami obyvatel je virus velmi vážným problémem,“ píše se v prohlášení uveřejněném na oficiálním webu čínské vlády.

Virus HIV se v Číně nejčastěji přenáší pohlavním stykem. Právě z tohoto důvodu se tamní vláda hodlá ve své kampani zaměřit především na propagaci používání kondomů. Do roku 2015 by měly být prezervativy (nejčastěji díky automatům) k dostání v 95 % hotelů a dalších veřejných prostorech (vládní plán tato místa přes-

ně nespecifikuje) a 90 % obyvatel patřících k tzv. rizikovým skupinám (ani ty zpráva přesně nedefinuje) by mělo při styku kondomy užívat. „Do roku 2015 bude strmý nárůst nových případů – především mezi určitými skupinami obyvatel a v jistých oblastech – pod kontrolou. Ve srovnání s rokem 2010 chceme snížit počet nově nakažených o 25 %,“ popisuje dále dokument. Kabinet plánuje rovněž vzdělávací programy pro členy místních samospráv.

Čína v 90. letech minulého století problematiku HIV/AIDS zlehčovala a začala ji řešit poměrně pozdě. V poslední době nicméně tamní vláda přijala řadu nutných opatření – investuje do preventivních a vzdělávacích kampaní, snaží se zajistit potřebnou léčbu všem nakaženým a bojuje s diskriminací pacientů.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Anglie zpřístupní léčbu HIV/AIDS pro cizince

Cizí státní příslušníci, kteří dlouhodobě žijí v Anglii a jsou HIV-pozitivní, budou mít podle plánu Národní zdravotní služby (NHS) nárok na bezplatnou léčbu.

Anglie se tak zařadí po bok Skotska a Walesu, kde podobné opatření již platí. Podle vlády se tak sníží riziko, že Britové budou nakaženi virem HIV, a navíc dojde i ke snížení výdajů na zdravotní péči o infikované cizince, kteří jsou obvykle léčeni pozdě a péče o ně je tak dražší. Kabinet rovněž chystá opatření, jež by měla zabránit tzv. zdravotní turistice, mimo jiné budou mít na léčbu zdarma nárok pouze cizinci žijící v zemi nejméně 6 měsíců.

Po boku ostatních chorob

V současnosti podle odhadů žije ve Velké Británii přibližně 25 tisíc HIV-pozitivních, kterým nemoc nebyla diagnostikována. Vysoké procento z nich jsou cizinci, kteří mají v zemi nárok na léčbu pouze tehdy, pokud si ji zaplatí – HIV/AIDS je jedinou infekční chorobou, pro niž toto pravidlo platí. „Zamýšlené opatření pomůže ochránit ve-

řejnost a HIV/AIDS se v oblasti léčby zařadí mezi ostatní infekční choroby. Pokud poskytnete potřebnou terapii HIV-pozitivním, významně se sníží pravděpodobnost, že budou virus nadále šířit,“ uvedla Anne Miltonová z britského ministerstva zdravotnictví. „Pokud se u někoho choroba odhalí včas a začne se léčit, je to mnohem levnější, než když jej pak musíte přimět do nemocnice ve velmi vážném stavu, k němuž došlo v důsledku neléčené infekce,“ potvrdil Yusef Azad z nadace National AIDS Trust.

Kritici plánu poukazují především na nebezpečí takzvané zdravotní turistiky, v jejímž rámci budou do Velké Británie přijíždět zahraniční HIV-pozitivní občané s vidinou léčby zdarma, kvůli čemuž výdaje v rámci NHS dostaně stoupnou. Kabinet nicméně přislíbil přijetí řady opatření, jež mají této případné praxi zabránit.

(Zdroj: BBC)

(kha)

V růžové zahradě těhotných žen

„Nová porodnice již odevzdána jest svému účelu. Předevčírem večer přijala prvního novorozence, holčičku. Matka její jest Barbora Koutná z Rožmitálu.“ Tak informovaly 28. dubna 1875 Národní listy o prvním dítěti narozeném v nově otevřené Zemské porodnici „U Apolináře“ v Praze.

Monumentální budova Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Apolinářské ulici nepatří jen k unikátním skvostům české architektury (resp. k nejzdařilejším stavbám ve stylu anglické cihlové gotiky), ale je i významně svázána s historií českého porodnictví a gynekologie. Předchůdkyní dnešní Zemské porodnice byla veřejná porodnice s nalezincem, která vznikla v roce 1789 na základě nařízení Josefa II. Nacházela se také v Apolinářské ulici, ale v barokní budově bývalého kanovníckého domu č. p. 447 u kostela sv. Apolináře. Byla určena především pro porody osamělých a chudých matek, ale mohly zde anonymně родit i bohaté ženy.

Architektonický unikát

O vybudování královské české zemské porodnice rozhodl roku 1862 hrabě Thun-Hohenstein. Jako stavební parcela bylo vybráno místo, kde se odedávna říká Na

Větrově, částečně v tehdejší Herzogově zahradě a také tam, kde kdysi stával dům „U Herodesa“. Na příkaz Zemského výboru Českého království musela být porodnice stavěna z režných neomítnutých cihel. Tehdejší odborníci věřili, že z hlediska přenosu infekce jsou neomítnuté cihly bezpečnější. Mnoho rodiček tenkrát po porodu umíralo na následky tzv. horečky omladnic – puerperální sepse. Architektonické zadání proto obsahovalo řadu dalších hygienicko-preventivních opatření, která měla zamezit šíření infekcí a jejich smrtelným následkům. Konstrukce budovy byla velmi náročná i kvůli technicky složitému způsobu ventilace a vytápění. Byla prvním účelovým a na svoji dobu moderním porodnickým zařízením v Čechách a řadila se mezi první ústavy tohoto druhu v Evropě.

Budovu Zemské porodnice navrhl a v letech 1865–1875 postavil náš přední architekt, stavitel a mecenáš vědy a umění Josef Hlávka.

Inspiraci čerpal ve významných evropských porodnicích v Bruselu, Paříži a ve Vídni a prostudoval i dostupnou lékařskou literaturu o porodnictví. Chtěl, aby projekt co nejlépe vyhovoval zadanému účelu. Navrhl stavbu tvořenou soustavou šesti pavilonů s jedennácti trakty a s vnitřním obdélníkovým nádvořím. Pavilonový systém umožňoval v případě potřeby uzavřít jednotlivé části budovy a zamezit tak šíření infekce. Byla zde zřízená i dvě oddělení se zvláštními vchody přímo z ulice, kde mohly v tajnosti porodit i neplánovaně těhotné ženy z bohatých šlechtických a měšťanských rodin.

Pro svou mimořádnou architektonickou hodnotu byl areál Hlávkovy porodnice prohlášen kulturní památkou.

Český a německý živel

Slavnostní otevření v roce 1875 se stalo významným mezníkem v rozvoji dějin oboru gynekologie a porodnictví u nás. Do no-



Budova kliniky od architekta Josefa Hlávky se řadí k nejzdařilejším stavbám ve stylu anglické cihlové gotiky u nás. | Foto: Leoš Chodura

vé budovy se ze starých prostor nadačního domu u kostela svatého Apolináře přesunuly lékařsko-porodnická klinika, utrakvistická klinika pro babičky (v roce 1891 byla odloučena od univerzity a byla nazvána C. k. škola babičká v Praze) a tajné oddělení. Zároveň zde vznikla II. německá lékařsko-porodnická klinika. Po rozdělení lékařské fakulty na část českou a německou se v roce 1883 z dosavadní I. německé lékařsko-porodnické kliniky stala česká lékařsko-porodnická klinika. II. lékařsko-porodnická klinika zůstala německá.

Po vzniku Československé republiky byla v roce 1920 zřízena II. gynekologicko-porodnická klinika v čele s profesorem Václavem Rubeškou. Přednostou I. gynekologicko-porodnické kliniky byl profesor Josef Jerie. Mezi těmito dvěma porodnickými školami vždy panovala zdravá rivalita.

V září 1998 došlo k opětovnému sloučení pracovišť I. a II. gynekologicko-porodnické kliniky v jednu, dnešní Gynekologicko-porodnickou kliniku 1. LF UK a VFN Praha. Prvním přednostou se stal profesor Jaroslav Živný. Na jaře 2000 se do budovy v Apolinářské ulici přestěhovala všechna gynekologická oddělení bývalé I. gynekologicko-porodnické kliniky z areálu VFN v uli-

ci U Nemocnice 2. Rok poté byla nově otevřena oddělení poskytující zázemí pro péči o nezralé novorozence, o ženy s rizikovým a patologickým těhotenstvím a operační sály pro nový obor endoskopické operativy. Od roku 2004 vede kliniku profesor Alois Martan.

Kaple za umakartem

Budova porodnice musela být po stránce vnitřního uspořádání opakovaně přizpůsobována měnícím se nárokům na porodnickou, gynekologickou a neonatologickou péči. Veškeré opravy a rekonstrukce směřovaly k tomu, aby v historicky cenném a ojedinělém objektu byly zajištěny odpovídající podmínky pro špičkovou léčebnou péči a aby interiér splňoval nároky i pro novodobou výuku a praxi studentů lékařské fakulty, lékařů a porodních asistentek. Úpravy však nebyly vždy prováděny se šetrností odpovídající výjimečnosti stavby. V roce 1989 by za umakartovým krytím ústředního sklaudo nikdy nehledal unikátní část stavby – kapli, jejíž klenbu v roce 1875 obdivovali architekti a stavitelé z celé Evropy. Jen málokdo z personálu tušil, že součástí kaple je také křtitelnice, zpodobněná a originální lavice. Pouze varhany na kůru se daly rozeznat...



Kaple sv. Kříže je architektonicky nejzajímavější částí budovy. | Foto: Leoš Chodura

ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

Kaple sv. Kříže je architektonicky nejzajímavější částí budovy. Její strop je tvořen hvězdicovou sklípkovou klenbou, která je svedená ve středový sloup. V kapli se nachází mramorová křtitelnice, kredenční mramorový oltář, novogotická dubová zpovědnice a kůr s varhanami. Pod dohledem Státního ústavu památkové péče byla v roce 1997 zrestaurována a byla v ní slavnostně odhalena socha Josefa Hlávky od akademického sochaře Josefa Mařatky, kterou klinice darovala Hlávka nadace. Rekonstruovaná kaple je dnes obdivována i širokou veřejností. Je vždy jedním z prvních míst setkání se zahraničními návštěvníky, prostorem pro koncerty a konference. Nejvíce kaple ožije v prosinci při pořádání tradičních vánočních koncertů.

Rekonstrukce jednotlivých křídel budovy kliniky v posledních 15 letech přinesla značné zlepšení. Některé části budovy ale stále nesplňují požadavky na moderní interiér. V roce 1994 byla dokončena rekonstrukce operačních sálů a jednotky intenzivní péče gynekologické části kliniky, oddělení šestinedělí a novorozeneckého oddělení.

Široké spektrum superspecializované péče

Gynekologicko-porodnická klinika v Praze patří mezi největší

perinatální úmrtnost se pohybuje mezi 5 a 6 na 1000 živě narozených novorozenců při téměř 30% frekvenci porodnických patologií a předčasných porodů. Na neonatologickém pracovišti jsou ošetřováni fyziologičtí novorozenci a soustřeďují se zde závažné těhotenské patologie, velmi nezralá a kriticky nemocní novorozenci z Prahy a středních Čech, ale i nejsložitější případy z celé republiky.

Gynekologická část kliniky se skládá z centra asistované reprodukce (diagnóza neplodnosti se týká každého šestého páru a její příčina je diagnostikována téměř stejně často u mužů jako u žen), centra fetální medicíny a gynekologické ultrazvukové diagnostiky (ultrazvuková diagnostika na klinice má dlouhou tradici, kterou zde založil profesor Evžen Čech), oddělení minimální invazivní chirurgie (laparoskopie se zde datuje od roku 1969, zpočátku se jednalo o metodu výlučně diagnostickou) a dále oddělení onkogynekologie a urogynekologie. Onkogynekologické centrum založené v roce 2004 patří počtem nových pacientek i počtem radikálních operačních výkonů mezi největší v České republice. Poskytuje komplexní péči pacientkám se zhoubnými nádory reprodukčních orgánů. Do spektra výkonů patří i operace prsů. V roce 2006 onkogynekologické centrum kli-

ropské urogynekologické asociace pro vzdělávání ve specializaci urogynekologie.

Multimediální výuka mediků

Nedílnou součástí života kliniky je výuka mediků 1. lékařské fakulty UK. Posluchárna prošla v roce 2005 za podpory fakulty kompletní rekonstrukcí. Byla vybavena nejmodernější audiovizuální technikou, která umožňuje telekonference a přímé přenosy z operačních sálů. Současný stav představuje reprezentativní multimediální přednáškovou místnost.

Výuka mediků je proložena minimálně pěti živým přenosy operací či významných vyšetření, kdy studenti v posluchárně sledují přímý přenos operace, operátor ji může živě komentovat a medicimu mohou v reálném čase klást otázky, podrobně analyzovat problémy a navrhnout různé způsoby léčby. Nesporným přínosem je, že toto vše probíhá, aniž by pacientka byla při vyšetřování jakkoli vyrušována. Multimediální zázemí posluchárny se využívá i pro doškolovací kurzy lékařů, sester a při pořádání mezinárodních seminářů a workshopů.



Onkogynekologické centrum patří počtem pacientek i radikálních operačních výkonů mezi největší v České republice. | Foto: Leoš Chodura

Historicky cenný knihovní fond

Současná odborná lékařská knihovna vznikla v roce 1998 sloučením fondů bývalé I. a II. gynekologicko-porodnické kliniky. Má ve svém fondu zhruba 8 tisíc svazků.

Samostatnou část tvoří historický knihovní fond. Jedná se o nejstarší dochovaný knihovní celek na 1. LF UK v Praze. O založení této odborné lékařské knihovny se zasloužil profesor porodnictví Antonín Jungmann, bratr známého českého obrozeneckého ja-

zykovědce Josefa. Zřídil ji pro potřeby Pražské porodnické školy v nemocnici u sv. Apolináře v roce 1819 darováním části své soukromé knihovny a průběžně ji doplňoval z knižních darů od lékařů, studentů či porodních bab. Knihovna se však nedochovala celá. Z celkového počtu 500 kusů dnes obsahuje 130 starých tisků, z nichž nejstarší je „Schwangerer Frauen Rosegarten“ (Růžová zahrada těhotných žen – růžovou zahradou je míněno mateřství) od Gualthera Ryffa z roku 1561.

Markéta Mikšová

Na slovo s přednostou

Jak je s dnešním stavem kliniky spokojen její přednosta a co chystá do budoucna, jsme se zeptali prof. MUDr. Aloise Martana, DrSc.

Se současným stavem jsem spokojen jen částečně. Na klinice se řeší velké množství komplikovaných případů, operací, probíhá výzkum, výuka a tak dále. Kliniku navštěvují zahraniční odborníci a naši lékaři jsou zvaní, aby v zahraničí přednášeli, eventuálně operovali. Přesto máme problémy s nákupem některých přístrojů a vybavení, které potřebujeme pro svou práci. Rekonstrukce oddělení probíhá pomaleji, než jsem

si představoval, a na modernizaci některých úseků budeme muset čekat ještě déle. Také finanční ohodnocení lékařů, kteří se zabývají nejen léčbou pacientek, ale i výukou a výzkumem, bohužel není dostatečné, mnoho mladých lékařů již o školská místa a výzkum nemá zájem a je velmi obtížné je nějak k této práci motivovat. To vše souvisí s komplikovaným systémem úhrad zdravotní péče.

Jaká zlepšení chystáte v nejbližší době?

Nyní začíná rekonstrukce centra asistované reprodukce. Tato etapa je již plánována delší čas a musí být v souladu se všemi hygienickými požadavky. Dále bude následovat oprava výtahů a výhledově rekonstrukce porodních sálů tak, aby vše bylo v souladu s požadavky pacientek a lékařů.

Co považujete za svůj největší úspěch ve vedení kliniky?

Ve spolupráci s vedením 1. LF UK a VFN se podařilo přestavět a vybavit posluchárnu tak, aby v ní studenti a lékaři mohli sledovat právě probíhající operaci a přitom komunikovat s operátorem. Úspěchem je i rekonstrukce porodnického oddělení, které pacientkám umožňuje příjemný pobyt. Nejdůležitější je ovšem vytvoření velmi schopných pracovních týmů lékařů jednotlivých subspecializací, kteří v léčbě dosahují špičkových výsledků a navíc je umí prezentovat nejen v Česku, ale i v zahraničí.

(eta)



Foto: Leoš Chodura

ší porodnická zařízení v České republice. Je jedním z dvanácti regionálních perinatologických center. Je zde soustředěna péče o pacientky s rizikovým a patologickým těhotenstvím z celé republiky, zejména z Prahy a Středočeského kraje.

Ročně zde porodí více než 4500 žen. Koncentrují se zde i předčasné porody, které probíhají od 24. týdne těhotenství, kdy má nedonošený novorozenec porodní hmotnost 500–750 gramů. Ústav

ny získalo akreditaci pro postgraduální vzdělávání v rámci EU v onkogynekologii.

Urogynekologie má v gynekologii zvláštní postavení, protože se zabývá korekčními operacemi. To znamená, že se nejedná pouze o odstranění postižených orgánů, ale o obnovení jejich funkce a tím zlepšení kvality života pacientek. Urogynekologické pracoviště této kliniky je jedním z největších ve střední Evropě. Jako první v EU získalo akreditaci Ev-



Foto: archiv prof. Aloise Martana

ONKOLOGIE

Chirurgická léčba jaterních metastáz

Pacienti s jaterními metastázami kolorektálního karcinomu (CRC) mají relativně vysokou šanci na vyléčení. Bohužel až polovině z nich není v České republice nabídnuta účinná léčba.

Výkony lze na pracovištích s příslušnými zkušenostmi a vybavením provádět bezpečně. Problematická je definice resekalibilního onemocnění a správné načasování a kombinace v rámci multidisciplinární léčby. Léčba přitom poměrně spěchá. Pacienti je tak potřeba již od počátku konzultovat multidisciplinárně.

Vyšší šance na delší přežití

Prakticky každé nádorové onemocnění lze považovat za systémové již od velmi časných stadií a izolované nádorové buňky lze detekovat na vzdálených místech. Stačí jen vybrat vhodnou detekční metodu (FISH, RT-PCR) a s místem detekce související pojmy jako minimální reziduální choroba nebo volně cirkulující nádorové buňky. Přesto existuje skupina pacientů profitující z Ro resekce i u diseminovaného onemocnění, pokud je určitým způsobem „lokalizované“.

Kvůli expresi karcinoembryonálního antigenu a významnému hematogennímu metastazování kolorektálního karcinomu bývají prvním a nečastějším cílem metastáz játra. Synchronní metastázy lze nalézt v době stanovení diagnózy asi u 20–25 % nemocných. U dalších 25–30 % pacientů s primárně nemetastatickým onemocněním se jaterní ložiska rozvinou v dalším průběhu choroby. Celkem asi 75 % pacientů s diagnostikovaným metastatickým onemocněním má metastázy omezené na játra. Bohužel jen asi čtvrtina

z těchto pacientů je primárně resekalibilních. Ne všem je navíc tato šance nabídnuta. Samotná chirurgická resekce jaterních metastáz nabízí pacientům 5leté přežití v relativně širokém rozmezí nad 35 % (až 75 % u selektované skupiny pacientů). Při relapsu onemocnění v játrech lze pacienty někdy opět resekovat se stejnou šancí na vyléčení, jako kdyby podstupovali první resekci. Samotná systémová léčba vede k pětiletému přežití kolem 6–10 %. Významný je aditivní efekt perioperační systémové farmakoterapie k chirurgické léčbě, která zvyšuje šanci na pětileté přežití minimálně o 10 %.

Multimodální léčba jaterních metastáz CRC

Mimo systémové aplikace klasických cytostatik sem patří molekulárně cílená léčba. Ta vedla ke zvýšení středního přežití a především ke zvýšení počtu léčebných odpovědí ve 3 měsících a ke snížení rizika progresse onemocnění během 3 měsíců. V 6 měsících již tento efekt významně klesá. Dále lze využít lokoregionální chemoterapie/embolizace. Možnosti jsou i ostatní lokálně ablační metody – nejrozšířenější je radiofrekvenční ablace nebo stereotaktická radioterapie.

Základní kurativní modalitou zůstává chirurgická resekce a hlavní snahou je dovést pacienta včas k resekci. I u primárně neresekalibilních nádorů lze asi u 10 % pacientů dosáhnout sekundární resekalibility. Mimo konverzní chemoterapie toho lze dosáhnout

etapovými resekcemi, embolizací pravé větve portální žíly k dosažení hypertrofie zdravého levého laloku jater a kombinací resekce s ablací. Klíčové je zvolení vhodné kombinace a načasování tak, aby v případě resekalibilního onemocnění byla léčba zahájena co nejdříve a všechna ložiska odstraněna ideálně do 3, maximálně do 6 měsíců. Proto je nutné pacienty hned od počátku konzultovat v rámci multidisciplinární komise.

Resekabilita – stále silně individuální pojem

U pacienta bez jiného jaterního onemocnění, který není předléčený chemoterapií více než 3 měsíce, lze považovat za bezpečně odstranění 60–80 % objemu jater. Zvláště u dlouhodobě předléčených pacientů však tento objem prudce klesá. Zbytkovým játrům je nutné zachovat výživu (jaterní tepna a vrátnicová žíla) i drenáž ponechané části jater (příslušné jaterní žíly). Odstraněna musí být všechna jaterní ložiska nejlépe s jednocentimetrovým bezpečnostním lemem. Pokud tento lem nelze dodržet, například kvůli blízkosti kritických struktur, je možné resekovat třeba i na hranici tumoru – není to kontraindikace k resekci.

Možnost resekalibility závisí na rozmištnění metastáz a lokalizaci vzhledem k citlivým strukturám, jako je jaterní tepna, vrátnicová žíla, jaterní žíly a žlučové cesty. Resekabilita je stále silně individuální pojem závislý na zkušenostech a vybavení pracoviště.

Disekce jaterního parenchymu

Jaterní metastázy lze resekovat jak otevřeně, tak laparoskopicky. Hlavní výhodou laparoskopie je menší laparotomie a s tím související riziko incizionální hernie a kosmetický efekt. Jiné výhody nebyly nikdy prokázány.

Přetrvávají otázky onkologické radikality. Indikací jsou především dobře lokalizovatelná ložiska v dostatečné vzdálenosti od předpokládané resekční linie. Významně pomáhá peroperační ultrazvuk. Především v otevřené chirurgii se uplatňuje digitoklasie a kellyklasie – tedy drčení jaterního parenchymu prsty nebo malými kleštěmi. Pevnější struktury jako cévy a žlučové cesty jsou při tom zachovány a jsou přerušeny bipolární elektrokoagulací mezi ligaturami nebo mezi klipy.

Moderní technologie umožnily provádět jaterní resekce bezpečněji a většímu počtu chirurgů. Jejich skutečný přínos je ale nejasný. Pouze klipy a staplery prokazatelně snižují krevní ztráty a zkracují čas resekce. Své místo mají tyto prostředky především v laparoskopické chirurgii jater. Využívají střídavého elektrického proudu (Liga-Sure, Thunderbeat, Tissuelink...) nebo radiofrekvenčního proudu (Habib Sealer), případně mikrovln. Lze využít i ultrazvukové nástroje – harmonický skalpel nebo kombinaci selektivní ultrazvukové destrukce parenchymu s irigací a odsáváním *děbris* – Cavitron UltraSonic Aspirator (CUSA). Podobnou službu dělá i tenký vodní paprsek – Wa-

terjet. Užití závisí na preferenci chirurga.

Rozsah resekce je odvislý od rozsahu postižení jaterního parenchymu. Přednost mají tzv. parenchym šetřící resekce nerespektující segmentární uspořádání jater s bezpečnostním lemem zdravé jaterní tkáně (kde to lze) o velikosti asi 1 cm. Umožňuje to prokázaná dostatečná onkologická radikalita a důvodem je nižší riziko jaterního selhání po operaci a vyšší šance na další resekční léčbu, pokud se v průběhu choroby vyskytnou relapsy v játrech.

Kazuistiky

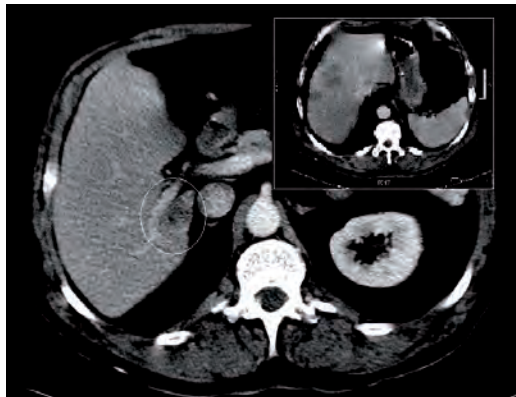
U mladého muže byl relaps onemocnění v játrech kvůli špatné lokalizaci jedné z metastáz (obr. 1) v odstupu pravé větve portální žíly nejprve (na jiném pracovišti) prohlášen za neresekalibilní. Po další progresi při paliativní léčbě byl pacient poprvé konzultován v naší indikační komisi. Metastázy byly kompletně odstraněny s resekcí a rekonstrukcí portální žíly.

Druhá kazuistika ilustruje faktory rozhodující o volbě primární léčebné modalit. U pacienta byl diagnostikován adenokarcinom levé porce tračnicku se synchronní 1 cm velkou metastázou do segmentu VII jater (obr. 2). Vzhledem k riziku vymizení metastázy při neoadjuvanci, hrozící střevní obstrukci a v souhlasu s preferencí pacienta byla provedena primární nekomplikovaná simultánní rozšířená levostranná hemikolektomie a resekce segmentu VII jater.

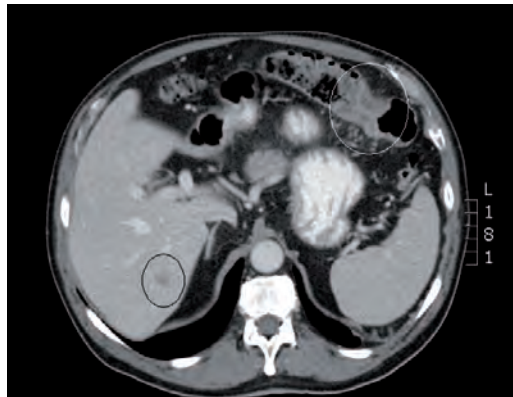
Dalšímu pacientovi by při případné pravostranné hemihepatektomií zůstalo dle CT volumetrie jen 17 % jater, s rizikem jaterního selhání. Po provedené embolizaci pravé větve portální žíly (obr. 3) a následné hypertrofii levého nepostiženého laloku však byla provedena bezpečná jaterní resekce.

prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSC.
MUDr. Mgr. Petr Kysela, Ph.D.

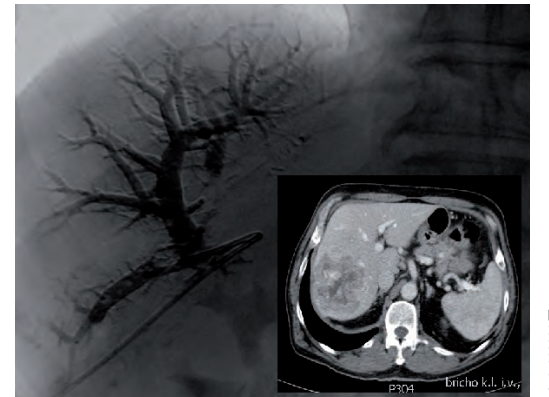
Chirurgická klinika LF MU a FN Brno



Obr. 1 | Foto: archiv autorů



Obr. 2 | Foto: archiv autorů



Obr. 3 | Foto: archiv autorů

NOVĚ V PRODEJI V NOVINOVÝCH STÁNCÍCH OD 26. 3.

 **ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY** 
www.zdn.cz MLADÁ FRONTA



Zpravodajství
Rozhovory
Reportáže
Komentáře
Nabídky práce

ZPRAVODAJSTVÍ Z ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ



Nositel Groverovy ceny hostem klubového setkání ČLA

V polovině února proběhlo první letošní Klubové setkání členů České lékařské akademie (ČLA) – tentokrát na téma „Akutní a chronická hypoxie plicních cév“.



Profesor Jan Herget. | Foto: Leoš Chodura

Zpřístupnění původně uzavřené klubové činnosti ČLA široké lékařské obci se odrazilo i na účasti studentů lékařských fakult, kteří zde mají možnost diskutovat s osobnostmi české medicíny. Setkání se konalo tradičně v prostorách Akademického klubu 1. LF

UK ve Faustově domě a přednášejícím byl vedoucí Ústavu fyziologie 2. LF UK prof. MUDr. Jan Herget, DrSc., který se studiem regulace plicního oběhu systematicky zabývá již od roku 1972, tedy čtyři desetiletí.

Jak při zahájení akce upozornil

předseda ČLA prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., právě autor sdělení podle něj patří ke skutečné evropské špičce v oblasti fyziologie. V loňském roce obdržel prestižní Groverovu cenu (je pojmenována podle nestora výzkumu chronické hypoxie a fyziologie ve vysokých nadmořských výškách Roberta Grovera), udělovanou American Thoracic Society až do loňského roku pouze americkým vědčům; teprve v květnu 2011 přibyl na jejich seznam profesor Jan Herget jako vůbec první Evropan.

Po celou svou vědeckou dráhu se v rámci základního výzkumu věnuje především adaptaci cév na chronickou hypoxii. Za medicínsky velmi důležitý stav považuje také perinatální hypoxii – spolu se svými kolegy prokázal, že pokud se dítě narodí v hypoxii, ovlivní tato situace reaktivitu jeho plicních cév v dospělosti. V posledních letech se prof. Herget rovněž zaměřuje na mechanismus přeměny aktivity inducibilní NO syntázy z produkce NO na produkci radikálů. Spolu se svými kolegy například vytvořil novou hypotézu o vztahu NO k plicní hypertenzi.

Na cestě k účinné terapii plicní hypertenze

Ze základních zjištění, která profesor Herget ve své přednášce podrobně rozebral, si lze odnést především poznatek, že akutní hypoxie (trvajících desítky minut) působí rychle vratnou hypoxickou plicní vazokonstrikci (HPV), zatímco chronická hypoxie (trvajících několik dnů) působí reverzibilní hypoxickou plicní hypertenzi (HPH). HPV omezuje průtok krve špatně ventilovanými (hypoxickými) oblastmi plic a brání tak arteriální hypoxemii. Mechanismem je depolarizace hladkého svalu plicních cév hypoxií. Chronická HPH je výsledkem radikálního poškození prealveolárních plicních cév a k vazokonstrikci přistupuje i změna jejich struktury (muskularizace a fibrotizace). HPH po dosažení rovnovážného stavu dále neprogreduje a je reverzibilní.

V závěru svého vystoupení přednášející vnesl otázku, zda se současný výzkum při hledání účinné léčby plicní hypertenze

ubírá správným směrem. Jedním z jasných terapeutických cílů je podle něj určitým způsobem zabránit vazokonstrikci. Z vazodilatační terapie má zatím profit spíše farmaceutický průmysl než pacienti (docílená změna krevního tlaku v plicnici je navíc poměrně malá).

Druhá cesta asi spočívá v ovlivnění obstrukce plicního cévního řečiště, zabránění morfologickým změnám, a tedy rozvoji poškození cévních stěn. Zde je ovšem přístup velmi složitý – těžko si lze představit například použití inhibitorů kolagenáz. Správný směr podle profesora Hergeta představuje zablokování aktivity metaloproteináz, což povede k odvrácení radikálního poškození plicních cév, a tudíž i plicní hypertenze.

Příště na témata sociálního lékařství

Další klubové setkání je plánováno na 15. května, opět ve Faustově domě od 17 hodin, a jeho tématem bude „Zdraví, determinanty zdraví a zdravotní politika“. Přednášejícím bude tentokrát prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., FCMA, který účastníky seznámí s historickým vývojem i aktuálními otázkami sociálního lékařství a zdravotní politiky i základními body programu Health 2020, který je jedním z hlavních evropských dokumentů v oblasti péče o zdraví.

Jaroslava Sladká

Regenerace ledovou koupelí nemá prověřenou bezpečnost

Autoři metaanalýzy poukazují především na šok, který ponoření do ledové vody v organismu vyvolá.

Profesionální i amatérští sportovci využívají k regeneraci stále častěji ledové koupele. Ty se uplatňují nejen k ochlazení organismu přehřátého intenzivní námahou za vysokých teplot, ale také jako prevence tzv. opožděného nástupu bolesti svalů (*delayed onset muscle soreness*, DOMS). The Cochrane Library publikovala metaanalýzu studií zkoumajících účinnost této regenerační procedury.

Účinnější techniky

Experti vyhodnotili data ze 17 studií, ve kterých byli sportovci po

běhu, jízdy na kole nebo tréninku v posilovně na 5–24 minut ponoření do vody s teplotou od 10 do 15 °C. Studie jasně prokázaly u ledové koupele potlačení DOMS v období od 1 do 4 dnů po sportovním výkonu. Rozdíl byl patrný jen v porovnání se skupinami sportovců, kteří se po zátěži věnovali pasivnímu odpočinku nebo vůbec neregenerovali. Porovnání s jinými metodami regenerace však vesměs chybí. Uspořádání pokusů také nevyklučuje významný podíl placebo efektu. Tým expertů vedený Chrisem Bleakleyem z Ulsterské univerzi-

ty konstatuje, že jiné regenerační techniky, např. teplé koupele nebo lehké vyklusání, mohou být ještě účinnější.

Autoři metaanalýzy varují před nekontrolovaným užíváním ledových koupelí k regeneraci. „Je důležité vzít v úvahu, že ponoření do ledové vody vyvolává v organismu určitý šok. Je třeba mít jistotu, že nemůže dojít k poškození lidského zdraví, zvláště když se lidé vystavují účinku ledové vody na dlouhou dobu,“ říká Bleakley.

(Zdroj: The Cochrane Library)

(Jap)

Slavnostní shromáždění České lékařské akademie 2012

Již podeváté letos proběhne každoroční shromáždění České lékařské akademie (ČLA), na kterém se opět budou přijímat noví členové. Bude se konat 23. března ve velké aule Univerzity Karlovy.

V letošním roce budou kromě řádných členů, jejichž volba teprve proběhne, přijati také dva čestní členové ze zahraničí. Prvním z nich je prof. Dr. Ivan Lefkovits dr. h. c., rodák z Prešova a dnes ve světě uznávaný imunolog působící v univerzitní nemocnici v Basileji. České lékařské i vědecké obci je dobře znám mj. jakožto člen dozorčí komise Akademického sněmu AV ČR, dozorčí rady Mikrobiologického ústavu AV ČR a rovněž čestný člen Učené společnosti ČR. Druhým je Sir Peter Lachmann, FRSc, FmedSci, rovněž významný imunolog a virolog z Cambridgeské univerzity. Po slavnostním aktu, který bude zahájen v půl osmé večer, bude



Profesor Ivan Lefkovits.

| Foto: archiv ČLA

pro členy ČLA a zdravotnickou veřejnost následovat tradiční benefiční koncert klasické hudby, v letošním roce v provedení Pavel Haas Quartetu. (Jass)

Čeští vědci součástí evropské sítě pro **strukturní biologii**

Středoevropský technologický institut (CEITEC) se jako jediný v České republice připojil k nové evropské infrastruktuře pro oblast strukturní biologie Instruct.

Česká republika patří mezi osm států, jež Instruct zakládají. Všichni čeští vědci z oboru strukturní biologie tak budou moci využívat jedinečné technologie a unikátní zařízení ve všech zapojených zemích. Status přidruženého národního centra Instruct bude mít Česká integrovaná infrastruktura pro strukturní biologii, která spojuje Laboratoře strukturní biologie (pod CEITEC) a Centrum molekulární struktury (pod BIOCEV, tj. Biotechnologickým a biomedicínským centrem Akademie věd ČR a Univerzity Karlovy).

Výhody pro všechny vědce

Dohodu ustavující výzkumnou infrastrukturu Instruct podepsali zástupci 8 zemí (kromě Česka také Německo Francie, Nizozem-



Ilustrační foto: Shutterstock

sko, Velká Británie, Portugalsko, Itálie a Izrael) v Bruselu. Ačkoli členství za Českou republiku oficiálně podepsal CEITEC, jeho výhody se vztahují na celou českou vědeckou komunitu.

Biologové ze zapojených států budou moci využívat nejpokročilejší technologie, jako je například příprava vzorků pro kryoelektronovou tomografii pomocí iontových paprsků vyvinutá v ně-

meckém Biochemickém ústavu Maxe Plancka v Mnichově nebo automatizované systémy exprese savčích buněk z britského Oxfordu. „Evropští biologové dosud neměli sdružený přístup k veškerým technologiím a informacím potřebným pro svůj výzkum. Propojením různých disciplín, technologií a expertů v oblasti strukturní biologie Instruct přispěje k přetvoření vize skutečně integrované strukturní biologie v realitu,“ uvedl ředitel Instruct profesor Dave Stuart z Oxfordské univerzity.

Přístup k unikátním informacím

„Díky Instruct získáme přístup k unikátním experimentům a metodologiím, které umožňují mapování vztahu molekulární struktury důležitých biomakromolekul, jako jsou například bílkoviny nebo nukleové kyseliny, k jejich funkci v živých organismech. Tyto znalosti jsou zásadní pro rozvoj buněčné a molekulární biologie a významně se uplatňují při vývoji nových léčiv a farmaceutických substancí. Již nyní se podílíme na řadě společných mezinárodních projektů. Zapoje-

ním České republiky do konsorcia Instruct se naše pozice v oblasti integrované strukturní biologie významně posílí,“ komentoval důležitost nové evropské infrastruktury vedoucí výzkumného programu Strukturní biologie z CEITEC prof. RNDr. Vladimír Sklenář, DrSc.

„Vstup České republiky do infrastruktury Instruct přináší českým vědcům jedinečné možnosti v oblastech molekulární, strukturní a buněčné biologie, kterým se otevírá možnost využití know-how a technologií špičkových výzkumných center v celé Evropě. S pomocí jednotlivých nástrojů lze vyhledat kritické body funkce živého organismu a pochopit tak například mechanismus infekce virem HIV či imunitní odpověď lidského organismu při vzniku rakovinného bujení. Mimo přístupu ke špičkovým technologiím Instruct nabízí také podporu vzdělávání naší mladé vědecké generace na nejvyšší možné úrovni,“ doplnil zástupce infrastruktury pro strukturní biologii centra BIOCEV a předseda České společnosti pro strukturní biologii Ing. Jan Dohnálek, Ph.D.

(Zdroj: CEITEC)

(kha)

Inzerce A121003583



Nově otevřené soukromé zdravotnické zařízení **Dům zdraví U Pramene** v Poděbradech na Riegrově náměstí

nabízí k dlouhodobému pronájmu nově zrekonstruované prostory pro ordinace. V budově je k dispozici 12 ordinací pro různé lékařské obory, v přízemí se nachází lékárna, prodejna zdravotních pomůcek, biochemická laboratoř.

Nabízené prostory jsou vhodné buď pro několik menších pracovišť, nebo pro větší pracoviště pod samostatným uzavřením. Výměra pronajímaných prostor se pohybuje v rozmezí od 13 m² do 50 m².

Nově zrekonstruovaná budova je:

- ✓ moderní, zajímavě řešená a nabízí velmi příjemné pracovní prostředí
- ✓ zcela bezbariérová (výťah, WC pro invalidy)
- ✓ vybavena nadstandardním zázemím pro personál (WC, šatny, sprchy)
- ✓ spravována profesionální společností (úklid a ostraha společných prostor)

**Přijďte se k nám podívat
a přesvědčte se sami!**

Bližší informace vám podá ing. Jiří Trávníček.
E-mail: info@dzupramene.cz, tel. 602 207 757



Včasná diagnostika RS

– choroby mnoha tváří

Roztroušená skleróza (RS) je chronické autoimunitní onemocnění. Stále ji bohužel neumíme vyléčit a nemůžeme očekávat, že bychom v dohledné době tuto možnost získali. Díky moderním lékům však již umíme významně zlepšit prognózu choroby u nově diagnostikovaných pacientů. Několik ilustrativních kazuistik ukazuje význam včasné diagnostiky RS.

Řada klinických studií potvrzuje smysluplnost včasného zahájení léčby. K lékům indikovaným k léčbě tzv. klinicky izolovaného syndromu (první demyelinizační příhody vysoce suspektní z rozvoje roztroušené sklerózy mozkomíšního) v posledních letech postupně přibývají všechny preparáty ze skupiny injekčních interferonů, od loňského února je v této fázi choroby možné léčit i glatiramer acetátem. Léčba pacientů ve fázi klinicky izolovaného syndromu urychluje podání léků první volby v některých případech i o několik let.

Je vícero momentů, kvůli nimž se často setkáváme s opožděnou diagnostikou RS. Klíčovým faktorem je pravděpodobně relabující-remitentní charakter onemocnění, což znamená, že řada příznaků je dočasně povahy a nezdívka odezní i bez léčby. Navíc symptomy jsou mnohdy nespecifické, často referované brnění v některé z končetin je uzavíráno jako vertebrogenní příznak. Setkali jsme se i s přechodnou slabostí dolní končetiny léčenou ortopedem ortézou kolene. Svoji roli hraje rovněž fakt, že se jedná o mladé pacienty, většinou

ve věku 20–40 let, kteří jsou velmi aktivní a často své příznaky bagatelizují.

Kazuistika první

17letá slečna byla vyšetřena pro nespecifické obtíže (dominující únavu, udávané závratě bez korelace v objektivním nálezu), bylo provedeno podrobné vyšetření včetně NMR a imunologie mozkomíšního moku. Na magnetické rezonanci bylo jedno velmi drobné hyperdenzní ložisko netypického uložení pro RS, v mozkomíšním moku hraniční obraz oligoklonální syntézy, neurologický

nález bez patologie, absence jakýchkoli příznaků, které by měly relabující-remitentní charakter. Naše klinické doporučení znělo pacientku sledovat a kontrolovat klinicky a s odstupem i pomocí NMR. Definitivní klinický závěr v této fázi nešlo stanovit. Velmi zajímavý moment nastal, když nás pacientka požádala o vyšetření svého otce, který dle jejích slov trpěl řadou podobných příznaků jako ona sama. Přes náš zprvu rezervovaný postoj jsme souhlasili s klinickým vyšetřením. 42letý učitel na vyšší odborné škole již v objektivním nálezu

vykazoval patologii v podobě mozečkové symptomatologie a diskrétní levostranné hemiparézy. Doplněná magnetická rezonance prokázala již jednoznačné postižení demyelinizačního typu na mozku, ale i krční míše. Nález v mozkomíšním moku a evokovaných potenciálech diagnostiky RS potvrdil. Podrobný pohovor s pacientem ukázal již asi 10letou anamnézu obtíží, které byly zčásti pacientem a zčásti ošetřujícími lékaři přehlíženy. Jednalo se o nejistotu při chůzi, neobratnost levé horní končetiny a únavu. Vylučovala se například borrelióza, ale na roztroušenou sklerózu se nepomýšlelo.

Tato kazuistika je zajímavá z více pohledů. Jedním je přehlížení řady poměrně jasných příznaků choroby, které není ojedinělé. Na druhou stranu je třeba přiznat, že RS je onemocnění velmi pestré, a pokud není začátek typický, jako je tomu například u retrobulbární neuritidy, není v našich silách vyšetřit každého pacienta magnetickou rezonancí a provést mu lumbální punkci. Druhým momentem je fakt, že

Inzerce A121003172



- Je účinný u pacientů s CIS i s RRMS^{2,3}
- Zpomaluje progresi do klinicky prokázané RS³
- Signifikantně snižuje počet relapsů u RRMS²
- Má příznivý bezpečnostní profil z krátkodobého i dlouhodobého hlediska¹⁻³

COPAXONE®: Zkrácená informace o přípravku

Složení: 20 mg glatirameri acetas. **Léková forma:** injekční roztok, předplněná injekční stříkačka. **Indikace:** První klinická epizoda u pacientů s vysokým rizikem rozvoje klinicky potvrzené roztroušené sklerózy, snížení frekvence relapsů u ambulantních pacientů s RRMS, a alespoň 2 ataky neurologické dysfunkce v průběhu předchozího dvouletého období. **Dávkování:** 20 mg glatirameri acetasu – 1 předplněná injekční stříkačka s.c. 1x denně. U starších osob, a u pacientů s poruchou renálních funkcí nebyl specificky studován. Každý den je nutné měnit místo vpichu – paže, břicho, hýždě, stehno. **Použití v pediatrii:** Adekvátní klinické ani farmakokinetické studie nebyly provedeny. Omezené literární údaje naznačují, že bezpečnostní profil u dospívajících léčených přípravkem Copaxone 20 mg s.c. 1x denně je obdobný jako u dospělých. Nejsou informace o užití Copaxone u dětí do 12 let, proto by přípravek Copaxone neměl být v této věkové skupině použit. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na glatirameri acetas nebo mannitol, u těhotných žen. **Zvláštní upozornění:** Nesmí být podáván i.v. nebo i.m. Je třeba zvýšené opatrnosti u pacientů s kardiologickými problémy v anamnéze. Vzácně se mohou objevit vážné hypersenzitivní reakce. Nejsou důkazy o tom, že by protilátky proti glatirameri acetasu byly neutralizující. U pacientů s renálními poruchami musí být během léčby přípravkem Copaxone sledovány renální funkce. **Interakce:** Nebyly specificky studovány. Zvýšený výskyt reakcí v místě vpichu u souběžné léčby kortikosteroidy. Fenytoin a/nebo karbamazepin: souběžné použití musí být pečlivě monitorováno. **Kojení:** Údaje o vylučování glatirameri acetasu, metabolitů nebo protilátek do mat. mléka nejsou dostupné. Musí být zvážen prospěch pro matku proti relativnímu riziku pro dítě. **Nežádoucí účinky:** reakce v místě vpichu – erytém, bolest, zatvrdnutí, pruritus, otok, zánět a hypersenzitivita. Vazodilatace, tlak na hrudi, dušnost, palpitace nebo tachykardie, byla popsána jako bezprostřední postinjekční reakce. **Velmi časté:** Infekce, chřipka, úzkost, deprese, bolest hlavy, vazodilace, dušnost, nevolnost, vyrážka, artralgie, bolest v zádech, astenie, bolest na hrudi, reakce v místě injekce, bolest. **Časté:** Bronchitida, gastroenteritida, herpes simplex, otitis media, rhinitida, absces dásní, vaginální kandidóza, benigní novotvar kůže, novotvar lymfadenopatie, hypersenzitivita, anorexie, přírůstek na váze, nervozita dysgeusie, hypertonie, migréna, poruchy řeči, synkopa, tremor, diplopie, oční poruchy, ušní poruchy, palpitace, tachykardie, kašel, senná rýma, zácpa, zubní kaz, dyspepsie, dysfagie, inkontinence stolice, zvracení, neobvyklé jaterní funkční testy, ekchymóza, nadměrné pocení, svědění, poruchy kůže, kopřivka, nucení na moč, polakisurie, retence moči, zimnice, otok tváře, atrofie v místě injekce, lokální reakce, periferní edém, edém, horečka. Méně časté, vzácné a velmi vzácné nežádoucí účinky – viz SPC. **Předávkování:** Do 80 mg nebyly spojeny s jinými nežádoucími účinky, s dávkami vyššími nejsou zkušenosti. Nesmí být mísen s jinými léky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte stříkačky v krabici – chráňte před světlem. Uchovávejte v chladničce (2°C – 8°C) a chraňte před mrazem. Jedenkrát mohou být uchovávány při pokojové teplotě (15°C – 25°C), po dobu až jednoho měsíce. Jestliže nebyly použity a jsou v původním obalu, musí být po této lhůtě vráceny do chladničky. **Balení:** Copaxone 20 mg 7 nebo 28 předplněných inj. stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Teva Pharmaceuticals CR s.r.o. Radlická 3185/1c, 15000 Praha 5, Česká republika **Registrační číslo:** 59/481/06-C **Datum revize:** 3. 6. 2009

Před předepsáním léku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Výdej léku je vázán na lékařský předpis.

Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.



ZÁKLADNÍ LÉČBA
ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY



Reference: 1. Schrempf W & Ziemssen T. 2007 Autoimmunity Reviews; 6:469-475, 2. Comi G et al. The Lancet, published online October 7, 2009, 3. Ford C. Mult Scler Online, first published on January 27, 2010.

velmi hraniční nález, kdy jsme si u mladé pacientky mysleli, že se o RS spíše nejedná, dostává zcela jiný rozměr nálezem rozvinuté choroby u jejího otce. Potvrzuje roztroušenou sklerózu jako onemocnění vyvíjející se v čase a při absenci léčby často nezvratitelně progredující.

V tuto chvíli zřejmě nemáme dostatek argumentů pro léčbu pacientů s popsaným hraničním nálezem, i když při zjištěné pozitivní rodinné anamnéze by jistě u pacientky mohlo okamžité zahájení léčby mít smysl. Těžko bychom ale nákladnou biologickou léčbu obhajovali u plátců zdravotní péče. Přesto je jisté, že postupem času se bude nadále zvyšovat dostupnost NMR, tak jako tomu bylo v posledních desetiletích u CT, a více vyšetřených pacientů na magnetické rezonanci bude znamenat více pacientů s neurčitými a diagnosticky jasně neuzavřenými nálezy. Na druhou stranu nám jistě umožní diagnostikovat více pacientů včas. Zde se hodí ještě připomenout zvyšující se ekonomické náklady na biologickou terapii; fi-

nanční náročnost léčby RS se tak bude s ohledem na časnou diagnostiku a délku trvání léčby nadále nepochybně zvyšovat.

Kazuistika druhá

32letá pacientka byla přivezena matkou, která je již několik let léčena s roztroušenou sklerózou v našem MS centru, pro 2 dny trvající diplopii. V objektivním nálezu byla jednoznačná okohybná léze, což nás motivovalo k provedení akutní NMR mozku a lumbální punkce. Na základě nálezu na NMR, který byl vysoce suspektní z RS, byly pacientce podány intravenózní kortikoidy, došlo k úplné úpravě okohybné léze. S ohledem na výsledky imunologického rozboru mozkomíšního moku byla zahájena dlouhodobá imunomodulační léčba interferonem beta – celkem za 20 dní od vzniku prvního příznaku.

Tento diagnostický a léčebný postup považujeme za ideální, ač jsme si vědomi, že velice často z různých důvodů není možné takové souhry docílit. V tomto konkrétním případě nám významně pomohla pozitivní rodinná ana-

mnéza a přítomnost jednoznačné neurologické léze. Dobrá odezva na léčbu kortikoidy a nález OCB syntézy v likvoru byly již jen očekávaným vývojem událostí.

Kazuistika třetí

30letý středoškolský učitel sledovaný v neurologické ambulanci pro četné obtíže s bolestmi zad v posledních letech, nejčastěji uzavírané jako vertebrogenní algický C-syndrom páteře, cervikobrachialgický syndrom apod. Při podrobném odběru anamnézy se vesměs jednalo o různé parestezie končetin, ale i přechodnou jasnou poruchu citlivosti na krku a paži. Posledním referovaným symptomem byly parestezie v obličejí.

Pacient si od začátku nepřipouštěl jakékoli závažnější onemocnění a sám byl s výše uvedenými diagnostickými závěry spokojen. Nicméně parestezie v obličejí v kontextu dalších obtíží již ošetřujícího neurologa vedly k provedení magnetické rezonance mozku, která prokázala několik drobných ložisek v typické lokalizaci pro demyelinizační

onemocnění charakteru RS. Ještě více diagnózu a navíc i aktivitu onemocnění podpořilo jedno ložisko sytící se kontrastní látkou. Pacienta jsme museli velice přemlouvat k vyšetření mozkomíšního moku, které jsme nakonec provedli, ovšem pouze se záchytem jednoho oligoklonálního pásu (což je stran uvažované RS hraniční nález). Poté, co jsme pacientovi sdělili, o jaké onemocnění se velmi pravděpodobně jedná, a upozornili na nutnost dalšího sledování a potažmo léčby, již na další kontroly nepřišel.

Nepodcenit příznaky

Závěrem lze říci, že současná dostupnost vysoce specializovaných diagnostických metodik umožňuje každého pacienta se suspekci na roztroušenou sklerózu v České republice pečlivě a především rychle vyšetřit. Ještě nebylo zmíněno, že čím dříve jsou v rámci jednotlivé (a tedy i první) ataky podány intravenózní kortikoidy v adekvátní dávce, tím větší je šance na úpravu neurologického deficitu k normě. Několikaměsíční čekání na vy-

šetření NMR je tedy neobhajitelné. Indikace těchto vyšetření je v kompetenci neurologa. Proto je nezbytné, aby pacient se symptomy typickými pro roztroušenou sklerózu byl zavčas vyšetřen odborníkem.

Pro shrnutí: porucha zraku, citlivosti, hybnosti, závratě či nejistota při chůzi jsou indikací k neurologickému vyšetření, obzvláště u mladších pacientů, typický je vznik po běžném infektu a ještě je vhodné připomenout, že v definici ataky je trvání příznaku alespoň 24 hodin. Tím, kdo pacienta s výše uvedenými příznaky ve své ordinaci potká první, je nejčastěji praktický lékař. Při očních příznacích pacientů nezářka primárně navštíví oftalmologa. U obou těchto odborností je tedy nutné příznaky nepodcenit a indikovat vyšetření neurologem, a to klidně i v případě, že již symptomy odezněly. Na ambulanci neurologů je již časně doplnění NMR, případně pak odeslání do spádového MS centra.

MUDr. Radek Ampapa
MS centrum Nemocnice Jihlava

Public relations

Lékaři Vítkovické nemocnice začali unikátním způsobem léčit obezitu

Nová metoda léčby obezity pomáhá odstranit nejen nadbytečná kila, ale také cukrovku.

Lékaři chirurgického oddělení Vítkovické nemocnice, která je členem skupiny Agel, začali léčit závažné druhy obezity novou unikátní metodou. Takzvaná laparoskopická plikace žaludku neboli zavinutí pomáhá nejen s výraznou redukcí hmotnosti, ale léčí také různá onemocnění, jež s obezitou úzce souvisí, jako je cukrovka nebo vysoký krevní tlak.

V uplynulém roce lékaři pomohli 35 pacientům zbavit se nadbytečných kilogramů za pomoci nové operační metody a podle dosavadních výsledků se jedná o velice účinný a bezpečný léčebný postup.

Šetrná a reverzibilní metoda

Laparoskopická plikace žaludku je novou a slibnou miniinvazivní metodou v léčbě závažné obezity. Principem tohoto zákroku je zmenšení objemu žaludku, kterého se dosáhne zanořením stěny žaludku dovnitř. Pacienti pro-



Foto: archiv Agel

to této operaci s nadsázkou říkájí „palačinka“.

Na rozdíl od některých jiných podobných operací není třeba u tohoto výkonu odstraňovat velkou část zcela zdravého žaludku.

„Ten ponecháme nemocnému celý, zjednodušeně řečeno je pouze určitým způsobem – prošítim – zúžíme. Zákrok lze provádět i pomocí staplerů. Metoda je tudíž velmi šetrná a především je

vratná. Ze všech operačních postupů, které jsou dnes k dispozici, patří laparoskopická plikace žaludku k těm opravdu nejméně invazivním, protože při ní není nutno jakkoli měnit anatomii zaživacího traktu či odstraňovat části orgánů,“ říká primář chirurgického oddělení Vítkovické nemocnice Pavol Holéczy.

Lékaři Vítkovické nemocnice se vyškolili v novém operačním výkonu na prvním evropském workshopu o LGCP na OB klinice v Praze u přednosty OB kliniky Praha profesora Martina Frieda, který se na vývoji nové metody podílel. Vítkovická nemocnice je tak dalším pracovištěm v Česku, kde mohou pacienti zákrok podstoupit. Ve světě se pak pomocí plikace standardně operuje například v brazilském Sao Paulu a v americkém Clevelandu.

Léčebnými úspěchy proti skepsi

Nová metoda je pro pacienta minimálně zatěžující a podle do-

stupných výsledků přitom dostatečně účinná, aby u pacienta pomohla nejen zredukovat hmotnost, ale především, aby velmi dobře ovlivnila ostatní metabolická onemocnění spojená s obezitou. „Není naším jediným cílem, aby pacient zhubnul o desítky kilogramů. Důležitý je také fakt, že tento způsob léčby pomáhá prokazatelně zlepšit nebo vyléčit onemocnění, která u takto obézních pacientů vedou k tomu, že se dožívají mnohem kratšího věku než běžná populace,“ doplňuje primář Holéczy.

Právě v případech vyšších stadií obezity není dosažení úspěchu konzervativními postupy příliš pravděpodobné, a proto je vhodnější chirurgická léčba. Pacient se může obrátit přímo na chirurga, který zhodnotí situaci a ve spolupráci s ostatními specialisty připraví pacienta k operaci. „Jsme rádi, že dnes už jsou na naši ambulanci odesíláni pacienti z regionu od diabetologů, gastroenterologů, praktických lékařů a jiných lékařů, což před několika málo lety nebylo zvykem. Pacienti chodili většinou z vlastní iniciativy a jejich lékaři byli k chirurgické léčbě spíše skeptičtí. Mám za to, že je přesvědčily i výsledky, kterých jsme na našem pracovišti dosáhli,“ uzavírá Pavol Holéczy.

(akt)

Srdeční selhání a náhlá smrt ohrožují stále více lidí

Počet lidí, kterým je diagnostikováno chronické srdeční selhání, stále narůstá. U nemocných s poruchou elektrického vedení vzruchů v srdci dochází k dalšímu zhoršení srdečního selhávání. Velice účinná je u nich tzv. srdeční resynchronizační léčba, díky níž dochází k výraznému zlepšení stavu až v 70 % případů.

Na X. českém a slovenském symposiu o arytmiích a kardiostimulaci, které se konalo ve Zlíně, to potvrdil i prezident Evropské asociace srdečního rytmu (European Heart Rhythm Association, EHRA) prof. Angelo Auricchio.

Postižena 2-3% populace

„Jak populace stárne a zlepšuje se lékařská péče, dostává se stále více pacientů do stadia, kdy dochází k selhání srdce v důsledku poškození srdečního svalu různého původu,“ uvedl profesor Auricchio. Nejčastěji se jedná o následek postižení při ischemické chorobě srdeční (např. po infarktu myokardu) nebo při kardiomyopatiích, což jsou různé skupiny onemocnění srdečního svalu ne vždy jasného původu. Někdy hraje roli dědičnost, jindy vlivy prostředí jako například virové záně-

ty, špatně léčený vysoký krevní tlak, chlopní srdeční vady či vrozené srdeční vady. Výskyt srdečního selhání v populaci se odhaduje na 2-3 %, přičemž výrazně narůstá s věkem.

Zlepšení prognózy

Jestliže příčinu srdečního selhání nelze odstranit, dochází na účinné léky. Pokud pacient trpí poruchou elektrického vedení vzruchu a léky nepomáhají, lze použít srdeční resynchronizační léčbu. Díky ní dochází ke zlepšení stavu až u 70 % nemocných, u některých dokonce k vymizení srdečního selhávání.

Principem desynchronizační léčby je zavedení speciální stimulační elektrody do některé ze srdečních žil na povrchu levé komory s následnou implantací elektrod do komory pravé a do pravé síně.



Prezident EHRA prof. Angelo Auricchio.

Současná stimulace levé a pravé komory vedou k synchronizaci kontrakcí a měřitelnému zlep-

šení čerpací funkce srdce. Tím dochází ke zlepšení výkonnosti pacientů a zmírnění projevů sr-

dečního selhávání, především dušnosti a únavnosti. Kromě zlepšené kvality života pacientů klesá nutnost tyto pacienty hospitalizovat.

Studie z poslední doby ukázaly, že srdeční resynchronizační léčba zlepšuje i prognózu nemocných. Vzhledem k tomu, že pacienti s pokročilým srdečním selháním mají obecně zvýšené riziko náhlé srdeční smrti v důsledku komorových arytmií, se dnes často kombinuje prevence náhlé srdeční smrti pomocí implantačního kardioverteru-defibrilátoru se srdeční resynchronizační léčbou.

„Naší největší snahou je proto najít co nejlepší kritéria pro rozpoznání pacientů, kteří by z této léčby mohli profitovat,“ dodává profesor Auricchio. Proto EHRA nyní věnuje prevenci náhlé srdeční smrti a srdeční resynchronizační léčbě velkou pozornost a v blízké budoucnosti hodlá podporovat programy, jež by zejména v zemích střední a východní Evropy pomáhaly nejen vychovávat odborníky, kteří se této problematice budou věnovat, ale i vzdělávat běžnou populaci o možnostech léčby. (akt)

Stoupla smrtnost invazivních meningokokových onemocnění

V loňském roce onemocnělo v České republice invazivním meningokokovým onemocněním 65 lidí, což je o dva méně než v roce 2010. Stoupl však počet úmrtí – nemoci podlehl 8 lidí, smrtnost u meningokokových nákaz tak stoupla na 12,3 %, tedy nejvíce od roku 2005.

Nejohroženějšími skupinami zůstávají malé děti mladší 5 let (40 % případů) a dospívající (25 % nemocných). Nejvíce obětí si podle Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy Státního zdravotního ústavu vyžádala meningokok séro skupiny B. Z údajů rovněž vyplývá, že každý desátý člověk je zdravým nosičem meningokoka.

špatně rozpoznatelná například od chřipky. Pacienti mohou na začátku reagovat podobně – návaly horka, závratě, nevolnost, apatie. Jasným znamením, že se jedná o IMO, jsou takzvané petechie,“ dodává.

Invazivnímu meningokokovému onemocnění lze předcházet očkováním. V současné době jsou k dispozici vakcíny proti séros-

kupinám A, C, Y, W135. Od roku 2010 je na českém trhu konjugovaná tetra vakcína poskytující dlouhodobou ochranu proti těmto čtyřem séro skupinám. Očkování provádějí očkovací centra po celé České republice, nebo na požádání také praktičtí lékaři pro děti a dorost či praktičtí lékaři pro dospělé.

(Zdroj: Národní referenční laboratoř) (kha)

Nejasné příznaky

„Hlavním znakem tohoto onemocnění je rychlý průběh. Během 24 hodin nemoc dokáže ohrozit pacienta na životě. Riziko úmrtí se pohybuje kolem 10 procent i v případě, že lékař zasáhne včas,“ uvádí vedoucí Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy v Praze MUDr. Pavla Křížová, CSc. „Pro lékaře jsou počáteční stadia meningokokového onemocnění

Počty případů invazivních meningokokových onemocnění a úmrtí v různých věkových kategoriích v roce 2011

Věková kategorie	Počet onemocnění	Počet úmrtí
0-4 roky	25	5
5-14 let	7	0
15-25 let	16	2
26-65 let	14	0
starší 65 let	3	1

PPI a zlomeniny u kuřáček

Pravidelné užívání PPI (inhibitory protonové pumpy) zvyšuje u žen-kuřáček po klimakteriu riziko zlomeniny kyčelního kloubu průměrně o 35 %.

Toto riziko stoupá s délkou léčby pomocí PPI a vrací se k normálu dva roky po ukončení terapie. K takovému závěru došli autoři studie Nurses Health Study provedené u 80 tisíc žen, kteří navázali na výsledky dřívějšího výzkumu, jenž prokázal spojení mezi kouřením a poruchou absorpce kalcia. PPI působí stejně, u kuřáček (bývalých i současných) navíc

synergicky, což vede k nárůstu rizika zlomenin až o 50 %, zatímco u žen, jež nikdy nekouřily, k tomu nedochází. V experimentech se ukázalo, že PPI společně s kouřením působí na osteoklastickou aktivitu v kostech. U kuřáček dochází k podstatným, ale dočasným změnám v denzitě kostí.

(Zdroj: British Medical Journal) (mls)

Genetické spojení mezi depresí a obezitou

Španělská studie provedená na univerzitě v Granadě poprvé ukázala, že deprese modifikuje efekt genu pro obezitu.

Předběžné výsledky tohoto výzkumu, jehož se zúčastnilo 2440 pacientů s opakující se depresí a 809 kontrolních zdravých subjektů, ukazují, že obezita je daleko častější u lidí trpících depresivní chorobou a že variace FTO genu se objevují

u lidí s depresí, obezitou a tělesnými poruchami. Údaje byly potvrzeny u dalších 18 tisíc pacientů z 21 zemí. Toto genetické spojení by mohlo pomoci identifikovat riziko zmíněných nemocí v časném stadiu.

(Zdroj: Molecular Psychiatry) (mls)

Nová metoda léčby těžkého astmatu

Lékaři Nemocnice Na Homolce začali jako jediné pracoviště ve střední Evropě používat k léčbě těžkého průduškového astmatu bronchiální termoplastiku.

Pomocí speciálního katétru ohřívají sliznici v průduškách a oslabují tak jejich schopnost smršťovat se. Díky tomu nemocný po léčbě pociťuje úlevu. „Slibujeme si od této léčby, že přinese profit zejména těžkým nebo špatně léčitelným astmatikům. Očekáváme, že se jim bude po absolvování této terapie lépe dýchat, poklesnou počty či tíže jejich záchvatů a spotřebují méně antiastmatických léků,“ říká vedoucí lékář Centra plicní endoskopie Nemocnice Na Homolce MUDr. Jiří Votruba.

Efekt se projeví po měsíci

Nová metoda se provádí pomocí Aliar systému, který se skládá z katétru s vysunutelným košíčkem na konci a zdroje energie. V celkové nebo lokální anestezii se pacientovi zavede do úst bronchoskop a následně se skrze něj zasune katétr napojený na zdroj energie. Poté se na určité místo pomocí rozevřeného košíčku zhruba 10 minut aplikuje kontrolovaná dávka tepelné energie. Pak se košíček posune asi o 5 milimetrů a postup se opakuje. Zá-

krok trvá zhruba hodinu a provádí se natříkrát ve dvoutýdenních rozestupech. Při každém výkonu je ošetřena jiná část dýchacích cest. Výsledkem je zeslabení vrstvy hladké svaloviny v dýchacích cestách, což jim v důsledku brání se nadměrně smršťovat při astmatickém záchvatu. Efekt léčby se projeví zhruba do měsíce po třetím výkonu. Bronchiální termoplastika se k léčbě těžkého nebo špatně léčitelného astmatu používá již v řadě zemí, v Evropě však zatím jen ve Velké Británii. V Česku jde



Foto: Nemocnice Na Homolce

o pilotní projekt, na nějž pracoviště Nemocnice Na Homolce získalo grant od Všeobecné zdravotní pojišťovny. Projekt má posoudit účinnost a náklady v podmínkách českého zdravotnictví. V České republice trpí astmatem zhruba 800 tisíc lidí, z toho je

v odborných ambulancích sledováno 350 až 400 tisíc. Odhaduje se, že pacientů s obtížně léčitelným astmatem je v zemi 20 až 30 tisíc. Pro řadu z nich představuje bronchiální termoplastika velkou šanci na zlepšení kvality života.

(Zdroj: Nemocnice Na Homolce)

(kha)

I krátkodobé působení emisí představuje riziko

Francouzští vědci prokázali spojitost mezi krátkým pobytem ve znečištěném prostředí a zvýšeným rizikem srdečního záchvatu.

Vztah mezi hladinou znečišťujících látek v prostředí a jejich vlivem na zdraví, počtem pacientů vyžadujících hospitalizaci a počtem úmrtí je všeobecně známá více než 50 let. Dosud však nebylo zřejmé, zda a do jaké míry může působit i krátkodobé vystavení emisím.

Lékaři z pařížské Descartesovy univerzity vyhodnotili data ze

34 studií, z nichž zjišťovali, jaký je krátkodobý účinek (maximálně 1 týden) vystavení ozonu, oxidu uhelnatému, dusnatému a siřičitému. Všechny látky kromě ozonu podstatně zvyšovaly riziko srdečního záchvatu. Důvodem může být zánětlivá reakce, neboť hladina zánětlivých markerů (jako je například C-reaktivní protein) je zvýšená. Může pro-

to docházet ke zrychlení tepu pod vlivem vysoké hladiny emisí nebo ke zvýšení viskozity krve. Autoři doporučují, aby se dále zjišťovalo, zdali efektivní intervence, kterou by se zlepšila kvalita vzduchu, povede ke snížení incidence srdečních záchvatů.

(Zdroj: Journal of the American Medical Association)

(mls)

Zinek a karcinom prsu

Buňky karcinomu prsu, jež jsou rezistentní k tamoxifenu, mají vyšší hladiny intracelulárního zinku a zároveň je pro ně typická i zvýšená exprese bílkovin, jež jsou zodpovědné za transport zinkových iontů do buněk.

Nejvýznamněji se na tomto přenosu zinku z extracelulárního prostředí podílí zinkový transportér ZIP7. Tým biologů a lékařů z Cardiffské univerzity a londýnské King's College odhalil, že zinkový transportér ZIP7 je aktivován proteinem CK2. Tento objev otevřel možnost ovlivnit transport zinkových iontů v nádorových buňkách.

Rovnováha zinku je pro buňky obecně velmi důležitá. Nedostatek

tohoto prvku nebo naopak jeho nadbytek mají pro buňky fatální následky. Buňky karcinomu prsu jsou na zvýšených hladinách zinkových iontů existenčně závislé. Blokáda přílivu tohoto prvku je usmrtí. Proto se syntetické inhibitory proteinu CK2 jeví jako velmi slibné pro léčbu karcinomu prsu. Výsledky prvních klinických zkoušek vypadají povzbudivě.

(Zdroj: Science Signaling)

(jap)



Britští vědci doporučují měřit tlak na obou pažích

Rozdíly v hodnotách krevního tlaku naměřeného na obou pažích mohou podle britských odborníků signalizovat závažná onemocnění.

U prokázané 50% stenózy podklíčkové tepny byl v několika studiích zaznamenán průměrný rozdíl v systolickém tlaku měřeném na obou pažích 36,9 mmHg. Na základě metaanalýzy 28 studií, kterou provedl tým vědců z britské Exeterské univerzity pod vedením dr. Christophera Clarka, znamená rozdíl 10–15 mmHg v systolickém tlaku na pažích téměř 2,5x vyšší

riziko periferního vaskulárního onemocnění, 1,6x vyšší riziko koronárního mozkových cév a o 70% vyšší riziko úmrtí na srdeční selhání z kardiovaskulární příčiny.

Měření tlaku na obou pažích by tak podle vědců mělo mít své místo nejen v doporučených postupech, ale i v rutinním vyšetřování pacientů.

(Zdroj: Lancet)

(mls)

Chuťové buňky pro fruktózu v pankreatu

Cukr přidávaný do potravin a nápojů se dostává stále více do popředí zájmu lékařů. Ukazuje se, že působí na lidský organismus nejen jako „prázdné kalorie“, ale má například toxický efekt na játra a další tkáně a orgány.

Efekt fruktózy na lidský metabolismus, například na beta-buňky pankreatu a vylučování inzulínu, však není dostatečně prozkoumán.

Lékaři z amerického Sanford-Burnham Medical Research Institute pod vedením Björna Tyboga zjistili, že lidské beta-buňky pankreatu reagují na přítomnost fruktózy uvolněním inzulínu. Překvapivý je mechanismus,

jakým buňky fruktózu registrují. Jsou vybaveny stejnými chuťovými receptory pro sladkou chuť jako chuťové buňky jazyka. Po podráždění chuťových receptorů na povrchu beta-buněk fruktózou tyto buňky uvolní inzulín. Společně s glukózou se tak fruktóza podílí na zesíleném uvolňování inzulínu z pankreatu.

(Zdroj: Proceedings of the National Academy of Sciences)

(jap)

Nalmefen pomáhá závislým na alkoholu

Společnost Lundbeck podala u Evropské lékové agentury žádost o registraci léčivého přípravku určeného pro terapii závislosti na alkoholu.

Přípravek Selincro (účinná látka nalmefen) má závislým pomoci snížit množství konzumovaného alkoholu.

ČR na 2. místě

Podle odhadů trpí závislostí na alkoholu 3,4 % evropské populace starší 15 let (tedy asi 14 milionů Evropanů). České republice patří v konzumaci alkoholu 2. místo na světě (za Moldávií) – jak uvádí Světová zdravotnická organizace (WHO), průměrná spotřeba čistého alkoholu na jednoho Čecha staršího 15 let činí 16,5 litru za rok. Přibližně pětina do-

spělých obyvatel naší republiky konzumuje alkohol nebezpečným způsobem.

„Existuje velké množství lidí, kteří mají problémy s kontrolou pití alkoholu, a je mezi nimi mnoho takových, kteří jsou na alkoholu závislí. Značná část těchto osob není schopna problémy způsobené poruchou kontroly pití alkoholu, respektive závislost na alkoholu, zvládnout bez pomoci. Přitom abstinence, vyžadovaná pro zahájení léčby, a někdy už jen samotné snížení konzumace alkoholu pro ně představuje nepřekonatelný problém. Přípravek

snížující množství konzumovaného alkoholu tak může u těchto lidí významným způsobem změnit situaci a přispět k zahájení řešení dlouhodobého problému s alkoholem. I u lidí závislých na alkoholu, kteří dosud nejsou ochotni k další léčbě, představuje snížená konzumace alkoholu redukci závažných zdravotních rizik,“ vysvětluje primář Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze MUDr. Petr Popov.

Snížení konzumovaného alkoholu o 60 %

Na základě předchozích výsledků byla v roce 2008 zahájena série klinických studií s nalmefenem. Celkem 2 tisíce účastníků závislých na alkoholu bylo randomizováno do dvou skupin. Pacienti první skupiny užívali 18 mg přípravku denně, pacienti dru-

hé skupiny placebo. Oběma skupinám byly poskytnuty potřebné rady a psychologická podpora k posílení motivace a adherence k léčbě.

Dvě ze tří studií (ESENSE1 a ESENSE2) při svém šestiměsíčním průběhu potvrdily účinnost přípravku v porovnání s placebem. Třetí studie (SENSE) trvala 12 měsíců a byla v ní prokázána dobrá snášenlivost i bezpečnost léku. Nejčastějším nežádoucím účinkem byla závrať, nespavost a nevolnost. Potíže byly mírného stupně a přechodného charakteru.

Jako těžké pití byla hodnocena konzumace pěti a více sklenic

alkoholických nápojů u mužů a čtyř a více sklenic alkoholických nápojů u žen. Při užívání 18 mg Selincro (ekvivalent 20 mg nalmefenu HCl) se snížil počet dnů těžkého pijáctví o více než 50 %. Dvanáctiměsíční studie (SENSE) potvrdila snížení celkového množství konzumovaného alkoholu o více než 60 %. Více než dvě třetiny účastníků studií nebyly v minulosti léčeny.

Výsledky studií naznačují, že snížení konzumace alkoholu je velmi atraktivní alternativou současně léčby alkoholismu, která vyžaduje absolutní abstinenci.

(akt)

Zahájeny klinické studie fáze III s afatinibem

Dvě studie zkoumající účinky afatinibu u pacientů s místně pokročilým a/nebo rekurentním/metastatickým karcinomem hlavy a krku byly otevřeny k náboru.

Společnost Boehringer Ingelheim oznámila zahájení dvou klinických studií fáze III (LUX-Head&Neck 1 a LUX-Head&Neck 2), jež ověřují účinky afatinibu u pacientů s metastatickým a rekurentním karcinomem hlavy a krku, respektive u pacientů s místně pokročilým onemocněním.

Afatinib je ireverzibilní blokátor receptorů ErbB-rodiny, který brání přenosu signálu všemi receptory pro kinázy rodiny ErbB. Je známo, že tyto receptory hrají klíčovou roli v růstu a šíření nejinvazivnějších karcinomů a nádorů s vysokou mortalitou (karcinomy plic, prsu, hlavy a krku). Overexprese receptorů pro epidermální růstový faktor (EGFR, ErbB1) bývá sledována minimálně u 90 % karcinomů hlavy a krku a úzce koreluje s negativní prognózou a krátkou dobou přežití.

Dobré výsledky z nedávno publikované studie fáze II prokazují, že afatinib je první cílenou léčbou s účinky, které jsou přinejmenším srovnatelné s účinky cetuximabu u pacientů s metastatickým karcinomem hlavy a krku, jejichž onemocnění recidivovalo po chemoterapii s platinou.

Neuspokojivá prognóza

Karcinom hlavy a krku vykazuje i přes intenzivní chemoradioterapii, která je k dispozici již přes 30 let, vysoký podíl recidiv a metastatického šíření. Prognóza tohoto onemocnění stále není uspokojivá, medián přežití činí 6–10 měsíců. „V současnosti se recidiva objeví přibližně u 50 procent pacientů s místně pokročilou chorobou, proto nezbytně potřebujeme nové léčebné prostředky,“ říká doc. Ezra Cohen z Chicagské univerzity.

Studie LUX-Head&Neck 1 ověří, zda afatinib prodlouží dobu do progresu (primární cíl je PFS) a zlepší dobu přežití (OS) u pacientů s rekurentním/metastatickým karcinomem hlavy a krku, jejichž onemocnění progredovalo po léčbě s platinou. Studie LUX-Head&Neck 2 zjistí, zda léčba afatinibem může předejít návratu choroby a zlepšit celkovou dobu přežití (OS) u pacientů s místně pokročilým karcinomem hlavy a krku po chemoradioterapii.

Zájemci z řad odborné onkologické veřejnosti, kteří mají pacienty vhodné k zařazení do studií, mohou kontaktovat společnost na e-mailu: clintriage.rdg@boehringer-ingelheim.com (akt)



ilustrační foto: Shutterstock

Vemurafenib registrován pro léčbu agresivní formy kožního nádoru

Evropská léková agentura schválila monoterapii vemurafenibem při léčbě dospělých pacientů s neresekovatelným nebo metastatickým melanomem s pozitivní mutací V600 genu BRAF, který je nejagresivnějším nádorem kůže.

Vemurafenib (Zelboraf) cíleně inhibuje mutovanou formu BRAF proteinu, na který se váže. Tento typ mutace se vyskytuje asi u poloviny pacientů s melanomem.

„Schválení Zelborafu je důležitou zprávou pro všechny nemocné s metastatickým melanomem s pozitivní mutací BRAF, protože vemurafenib těmto pacientům významně prodlužuje celkové přežití,“ uvedl ředitel oddělení vývoje léků společnosti Roche Hal Barron. Vemurafenib dokázal prodloužit celkové přežití jak nepředléčených, tak předléčených pacientů s pokročilým melanomem, kteří měli pozitivní mutaci V600 genu BRAF.

Prodloužení celkového přežití pacientů

V předem plánované *interim* analýze registrační studie BRIM3, která srovnávala účinnost a bezpečnost vemurafenibu a standardní chemoterapie dakarbazinem v první linii léčby pacientů s metastatickým melanomem s pozitivní mutací BRAF, došlo ke snížení rizika úmrtí pacientů v rameni s vemurafenibem o 63 % (poměr rizik HR = 0,37, p < 0,0001).

V pozdější *post-hoc* analýze studie BRIM3 bylo prokázáno významné prodloužení celkového přežití pacientů léčených v rameni s vemurafenibem oproti rameni s dakarbazinem (13,2 vs. 9,6 měsíce, HR = 0,62), a to i přesto, že po zveřej-

nění výsledků přežití bez progresu (PFS), kde bylo významné prodloužení v rameni s vemurafenibem (5,3 měsíce vs. 1,6 měsíce, HR = 0,26, p < 0,001), měli pacienti v rameni s dakarbazinem možnost být při progresi léčeni ve 2. linii vemurafenibem (tzv. *cross-over*).

Ve studii BRIM3 vemurafenib také prokázal téměř 9x vyšší četnost odpovědi na léčbu než dakarbazin (ORR 48,4 % vs. 5,5 %). Benefit prodloužení celkového přežití při léčbě Zelborafem byl také prokázán ve studii fáze II, BRIM2, ve které byli léčeni pacienti s metastatickým melanomem ve druhé a následných liniích. Celkové přežití při léčbě vemurafenibem činilo 15,9 měsíce. (akt)

Bifosfonáty a atypické fraktury femuru

Americký ortoped Richard Dell představil na výročním zasedání Americké akademie ortopedických chirurgů výsledky tříletého výzkumu, při kterém byla sledována souvislost mezi rizikem atypických fraktur femuru a užíváním bifosfonátů.

Existuje důvodné podezření, že bifosfonáty užívané pro zvýšení denzity kostí při osteoporóze mohou u některých pacientů narušit přirozenou remodelaci kosti. Výsledkem je křehká kost. U vnímavých pacientů je k tomu zvláště náchylná kostní tkáň femuru. Riziko atypických fraktur femuru je však i po šestiletém užívání bifosfonátů poměrně nízké a hrozí jednomu z tisíce pacientů. Tým vedený Richardem Dellem podchytil za tři roky sledování 126 pacientů, kteří užívali bifosfoná-

ty a utrpěli atypickou frakturu femuru. Riziko atypické zlomeniny kontralaterálního femuru činilo u těchto pacientů 53,9 % v případě, že užívali i nadále bifosfonáty po dobu delší tři roky. U pacientů, kteří po první atypické fraktuře ukončili užívání bifosfonátů, utrpělo atypickou frakturu femuru na druhé noze 19,3 %. Pokud pacienti přestali užívat bifosfonáty do roku po první atypické fraktuře femuru, snížilo se riziko následné atypické fraktury o 65,6 %.

„Riziko kontralaterální atypické fraktury femuru roste s časem, po který pacient pokračuje v užívání bifosfonátů. Proto doporučujeme po atypické fraktuře ukončit užívání bifosfonátů co nejdříve. Doporučujeme také pokračovat ve sledování pacientů pomocí rentgenu nebo MRI, protože jsou i nadále vystaveni zvýšenému riziku kontralaterální atypické fraktury femuru,“ shrnul výsledky studie Richard Dell.

(Zdroj: American Academy of Orthopaedic Surgeons) (jap)

Genetické testy pro léčbu TBC

Dle mezinárodního vědeckého týmu může lékařům usnadnit vhodnou léčbu TB meningitidy zjištění genotypu pacienta.

Těžký průběh onemocnění tuberkulózou, který přechází až v TB meningitidu, může mít dvě zcela protichůdné příčiny. O síle odezvy imunitního systému na infekci *Mycobacterium tuberculosis* spolurozhoduje gen LTA4H, který se podílí na udržení rovnováhy v produkci prozánětlivých a protizánětlivých faktorů. Gen LTA4H se vyskytuje v několika alelách. Některé předurčují imunitní systém k slabé reakci na infekci, protože zvyšují produkci lipoxinů. Jiné alely genu LTA4H naopak zaručují velmi silnou reakci, protože pod jejich působením stoupá produkce leukotrienu B₄.

Pro pacienty nakažené tuberkulózou není dobrá ani utlumená, ani přeměřštěná imunitní reakce. Nejlepší vyhlídky mají proto heterozygoti, kteří nesou ve své dědičné informaci jednu alelu genu LTA4H,

jež imunitní systém tlumí, a jednu alelu genu LTA4H, která imunitní systém aktivuje. U obou typů homozygotů, tedy u lidí nesoucích buď jen málo aktivní alely, nebo jen vysoce aktivní alely genu LTA4H, může nákaza přejít v TB meningitidu.

Standardní postup při léčbě TB meningitidy spočívá v tlumení imunitní reakce. To přináší křivený efekt jen u pacientů, kteří jsou homozygotní pro vysoce aktivní alelu. U nemocných homozygotů pro málo aktivní alelu se taková léčba májí účinkem. Mezinárodní tým vědců sdružující odborníky z USA, Velké Británie a Vietnamu došel k závěru, že při léčbě TB meningitidy bude výhodné znát genotyp pacienta, konkrétně konstelaci jeho alel genu LTA4H. To lékařům umožní zvolit vhodnou léčbu.

(Zdroj: Cell)

(jap)

Důležitost folátů a DHA v těhotenství

Odborníci z oblasti gynekologie a prenatální výživy upozorňují na nutnost zvýšit povědomí žen o důležitosti příjmu kyseliny listové a kyseliny dokosahexaenové (DHA) při plánování těhotenství, v jeho průběhu i během kojení.

Potřebu zvýšit příjem kyseliny listové v průběhu těhotenství si uvědomuje většina odborné i laické veřejnosti, již méně se však ví, že až polovina žen nedokáže tuto kyselinu přeměnit na aktivní formu

(tzv. foláty), kterou je organismus schopen využít. Důvodem je nedostatečná aktivita MTHFR enzymu, jež je dána genetickými poruchami. Řešením může být látka metafolin (vyvinutá společ-

ností Merck KGaA), díky níž je zejména tělo schopno vytvořit optimální hladinu folátů.

Snížení rizika vrozených vad

O zvýšeném příjmu folátů by ženy měly uvažovat již během plánování těhotenství, neboť bylo prokázáno, že významně snižují defektů neurální trubice a riziko výskyt dalších vrozených vývojových vad (např. rozštěpů páteře). Lékaři proto apelují na zvýšený příjem kyseliny listové, respektive folátů, alespoň měsíc, ideálně však tři měsíce před početím. Podle některých výzkumů je podávání folátů 1 rok před početím navíc spojeno s 50–70% snížením rizika předčasného porodu před 28. týdnem těhotenství. Od druhého trimestru pomáhá dostatečný přísun folátů předcházet těhotenským komplikacím, jako jsou předčasný porod a potrat či nedostatečný vývoj plodu.

Těhotné ženy a kojící matky by měly rovněž pamatovat na ade-

GSK se připojila k boji proti tropickým nemocem

Společnost GlaxoSmithKline (GSK) se stala členem globální aliance, jejímž cílem je zamezit výskytu opomíjených tropických nemocí.

Záměrem projektu je do roku 2020 vymýtit závažná onemocnění, která způsobují zdravotní potíže u více než miliardy lidí žijících v rozvojových zemích.

Partnery koalice jsou kromě Světové zdravotnické organizace (WHO) i nadace Billa a Melindy Gatesových, britské ministerstvo pro mezinárodní rozvoj a americká Agentura pro mezinárodní rozvoj (USAID).

Rozvojový program vychází z priorit Světové zdravotnické organizace, jejímž dlouhodobým záměrem je bojovat s deseti opomíjenými nemocemi. Mezi ty, jež třetí svět nejčastěji sužují, patří například lymfatická filarióza, drakunkulóza, trachom, spavá nemoc či lepra. Obyvatelé nejhudších zemí se také mnohdy potýkají s říční slepotou, schistosomózou, Chagasovou nemocí a viscerální leishmaniózou.

„Naši snahou je přispět jak v oblasti výzkumu a vývoje nových léků proti tropickým nemocem, tak i darováním stávajících léků. Uzavření nových partnerství nám umožní lépe se vypořádat s hrozbou, kterou dosud tato onemocnění představovala pro obyvatele nejhudších oblastí světa,“ uvedl generální ředitel GSK Andrew Witty. Společnost rovněž pokračuje v investicích do vlastního výzkumného programu, který je zaměřen na vývoj léků proti tropickým nemocem, především Chagasově chorobě, horečce dengue, spavé nemocí a leishmanióze. Od roku 2000 společnost podporuje i boj s lymfatickou filariózou. Jedná se o největší celosvětový charitativní program zaměřený na darování léčivého přípravku alben-dazol zemím třetího světa. GSK se rozhodla prodloužit program, který měl být ukončen v roce 2015, o dalších 5 let.

(akt)



Ilustrační foto: www.beyondpesticides.org

kvátní příjem DHA, jež se hromadí především v sítnici oka a mozku plodu během druhé poloviny těhotenství a v průběhu několika prvních měsíců po narození dítěte a přispívá k jejich správnému vývoji. Zdrojem DHA pro dítě je v období těhotenství a kojení vý-

hradně matka, tuto mastnou kyselinu si nedokáže samo vyprodukovat. Zmíněné živiny potřebné při plánování těhotenství, v jeho průběhu i během kojení nelze získat pouze ze stravy, je proto nutné je zajistit prostřednictvím vhodných doplňků.

(akt)

Zabijačka zdravého rozumu

Motto: Postrach, propast, past na tebe, obyvateli země! (Izajáš 24, 17)

„Katastrofální personální krize v českém zdravotnictví přichází.“ – „Péče je neefektivní, máme víc lékařů, přitom i víc úmrtí.“ Dva tituly na jednom webovém portálu v jeden den. Račte si vybrat dle ctěné libosti. Buď bude teplo, nebo bude mrznout. *Nebude-li přšet, nezmoknem.*

Analýzy čtu ze všeho nejraději. A také průzkumy i statistiky. To fakt žeru. Cokoli si přejete tvrdit, může být podpořeno patřičným průzkumem, statistikou nebo analýzou. Má to validitu mayského kalendáře či úvah chytřích ekonomů těsně před krizí. Po jejím vypuknutí vytáhli titíž úplně jiné statistiky a analýzy a zase byli na koni.

Nicméně pokud je pravdivý titulček první, je dobré, že ČLK udělala sice malý, ale přeci jen vstřícný krok k šarlatánům. Budeme je potřebovat. Možná pak sice dojde na titulček druhý, totiž ten o úmrtích, ale kdo nic nedělá, nic nezkaží. Nutno také ocenit konstruktivní přístup komory. Je to po dlouhé době poprvé, kdy je pro něco a nikoli proti něčemu.

Kamenem do hlavy

Je to *precedens*. Noha ve dveřích, pootevřená láhev s džinem. Ve 21. století se začneme vracet do předmoderní doby, před éru racionalismu, k víře v účinky vývaru z prozava oběšené ušmíknutého za úplňku uprostřed noci svatojánské za temného mumlání satanských říkad. Do časů uhlířské víry negramotných pověřivých venkovanů v polednici, skřítky a vodníka. Neboť co jiného jsou všechna ta mimosmyslová vnímání, přenosy neznámých energií či proudění čehosi po nehmotných drahách od jedné čakry k druhé. Mimochodem těch čakr, ať již to znamená cokoli, má být sedm, neboť i v pohádkách, mýtech a tajných orientálních naukách je kdeco po sedmi. Třeba sedm trpaslíků. Zalistoval jsem si v anatomickém atlase, jen tak pro jistotu, zda mi od let 1972–73, kdy jsem dělal anatomii jako kůň, něco neuniklo. Je to přeci jen už dávno a zub času hloďá. Ale ne, žádné čakry tam opravdu nebyly.

Zajímavé je také příkládání drahých kamenů. Obyčejně nestací. Cena vždy významně posílí placebový efekt. Stará pravda. To známe ještě z dob, kdy se zázračný Brufen sháněl na černém trhu. A navíc byl za mých mla-

dých let mnohem červenější než dnešní vyšisovaná generika. Leč běda, mocný terapeutický potenciál je ten tam. Zbyl z něj jen slabý odvar. Léčba dráhou je známa po několik tisíc let, kdy se metoda úspěšně praktikuje. Tedy úspěšně z hlediska ekonomických, nikoli léčebných výsledků. Ty šutry se prý příkládají na „nervová centra“. Takže to mi šaman vyvrtá díru do hlavy?

Šarlatánství založené na důkazech

Dobrou myšlenkou je i vyhledování nádoru. Důraz na nutriční nemocných je překonán. Podpoříme naopak nádorovou kachexii a s pacientem zemře i nádor. Tomu se, panečku, říká *zabit dvě mouchy jednou ranou*. Tomu říkám radikálita! Jak prostě, milý Watsone. Ukončení růstu nádoru smrtí pacienta je nezvratitelným faktem. Kdepak podvod či pomatení na rozumu!

Jenom pít moči by se mi dost eklovalo. Nebo dokonce ranní kloktání. Brrr. Pak silný osvěžovač ve spreji a hurá do prostředků MHD. Místa dost, i ve špičce se pro maroda najde místo k sezení. Tím ho přejdou mdloby a bolest dolních končetin. A hle, je tu terapeutický efekt jako stehno. Každý nevěřící Tomáš si může sáhnout. Naštěstí zatím nikdo z těch lunatiků nezašel tak daleko, aby léčil stolicí. Dobrá zpráva tedy je, že přeci jen existují jisté meze. *Sunt denique fines*. Za tohle by už asi nikdo nezaplátil, ani kdyby přišel o oba frontální laloky.

A jsme u podstaty věci. „Je to o ekonomice, blbouno,“ řekl kdysi Billu Clintonovi jeden z jeho přátel a poradců. Ten poslechl a vyhrál volby. Hodnotově dezorientovaní a zoufalí lidé uvěří téměř čemukoli. Astrologii, scientologii, ufounům, paranoidním výkladům dějinných událostí i sbírce na vdovu po neznámém vojínovi. Mnozí mají sníženou schopnost kritického myšlení do té míry, že nepoznají osmnáctkrát trestaného podvodníka, který jim vytrvale zvoní u dveří a cení falešný chrup ve falešném úsměvu, od seriózní kamenné banky.

U každé nemoci hraje roli psychika. Etiologickou nebo jako epifenomen. Podle toho, o jakou chorobu jde. Navíc 30 procent lidí jsou place-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

bo reaktori a to už je populace, s níž se při troše hereckého talentu dá pracovat. Pojedme tedy všichni do Lurd a zdravotnímu pojištění se uleví. *Placebo Domino in regione vivorum*. „Zalíbím se Pánu v krajině živých,“ modlili se mniši, aby utěšili umírajícího. Mnohdy s efektem.

Jarmareční dryáčnictví

Něco jiného je, pokud by všechny ty bizarnosti byly poctivě deklarovány jako psychoterapie se všemi omezeními indikace i šancí na efekt. Jenže základním znakem šarlatánských metod je samospasitelná univerzálnost. Jejich monomaničká metoda, stejně jako tzv. potravinové doplňky (neboli neúčinné a drahé pouťové dryáky), je prostě na všechno. Zvyšuje imunitu i potenci, léčí hemoroidy i akné, pomáhají na paměť i proti bolesti kloubů. Směle zatočí s rakovinou, demencí i nadměrnou potivostí nohou. Vždycky však bude dost lidí, kteří nevidí toto varovné znamení, velké a nápadné jako červené natřená vrata do stodoly. Ale nakonec, co jsou podle Marxe peníze? Oběživo. Nechme je tedy obíhat.

Hovořím tu důsledně o šarlatánech, protože věci se mají nazývat pravými jmény. Je mi z duše protivná expandující móda eufemistického přejmenovávání skutečností. Šarlatán je česky dryáčník,

pouťový vyvolavač, jarmarečník, kecal. Pochází z italského *ciarlatano* téhož významu. Abstraktum *ciarlatanata* znamená humbuk a adjektivum *ciarlatanesco* pak šejdířský, jarmareční, barnumský. Vše od slovesa *ciarlare* – plkat, kecat.

Ti lidé byli ozdobou všech trhů již od starověku. Prodávali své dryáky a masti, jen se prášilo. O mastičkářích se hovoří již ve Starém zákoně, tedy pěkných pár tisíc let nazpátek. Jeden z nejstarších českých literárně-dramatických výtvorů se ne náhodou jmenuje „Mastičkář“. Je to sociálně-psychologická fraška z první poloviny 14. století. Tento typ jarmarečníka byl již v hlubokém středověku pro rozumné lidi synonymem podvodníka, z něhož si tropili posměch. To ovšem nijak neohrozilo jeho prosperitu, neboť počet přemýšlivých lidí je příliš nepatrný na to, aby mohli obtěžovat svět. (Voltaire) Bohužel nebyl dosud vynalezen prezervativ proti blbosti, který by si člověk mohl jednoduše natáhnout na hlavu, kdykoli vrazí do ulic či otevře některá masmédiu a webové stránky. A tak ti, kteří se chytli na vějičku šarlatánů, veslují sice pilně, ale po úplně nesprávné řece. Čest jejich památce.

Tisíckrát opakovaná alternativní lež

Úmyslně tu neuzívám matoucí výrazy „oficiální“ a „alternativní“ medicína. Je to nebezpečný nesmysl, kde falešná slova nakonec vytvoří falešnou realitu. *Tisíckrát*

opakovaná lež se stává pravdou. (dr. Josef Goebbels) Slovo tělem učiněno jest. Což je asi důvod, proč naši předkové říkali: „Nemaluj čerta na zeď.“ A třikrát si u toho odplivli. Třuj, třuj, třuj. To prý taky moc pomáhalo.

Medicína nemá alternativu. Neumím si například představit alternativní ortopedii nebo oční. Alternativy existují jen uvnitř medicíny. Jak to výstižně už ve třetím století řekl svatý Cyprján: *Salus extra ecclesiam non est*. Není spásy mimo církve. Analogicky platí totéž o medicíně. Ta je buď *lege artis*, nebo *non lege artis*. Pojem „alternativní“ medicína je absurdní, žádná taková věc na tomto širém světě neexistuje. Vždyť by se nám smálo. Zkuste někde ve společnosti s vážnou tváří tvrdit, že existuje alternativní chemie nebo fyzika, a vyvedou vás ze sálu s tím, že podnapilým nenalévají. Neuzijeme tenhle paskvil a nepřekrucujeme realitu. Nepřebírejme tak snadno nekorektní terminologii obchodníků s naivní důvěřivostí či zoufalstvím.

Garance racionality, nikoli pravdy

Kromě skutečných hyen předpokládám i existenci šarlatánů, kteří své metodě opravdu věří. Podlehli vlastní propagandě. Dnes je dovoleno věřit čemukoli. Jen se to naštestí nedá patentovat. Myslím *perpetuum mobile* a jiné excesy lidí trpících inventorním bludem. Oblíbeným argumentem zastánců všelijakých podivně proudících neznámých a neprokazatelných energií je, že věda se také mýlí. To je hrubý myšlenkový lapsus. Jejich problém není v rovině omylu. Nelze srovnávat. Ano, věda se mýlí, ale nikoli následkem libovolného vymyšlení si báhorek na paralogického principu, že svět řídí neviditelní trpaslíci, což je prokázáno tím, že je ještě nikdo neviděl. Kdo od vědy očekává konečné pravdy, nic nepochopil. Věda není cíl, ale metoda. Věda proto negarantuje pravdu, ale racionalitu. A právě tím se liší od šarlatánské pseudologie.

Jak z toho ven? Vsadit na *appeasement* jako ČLK, nebo si stát osaměle na svém jako spolek Sisyfos? Vidím třetí cestu. Požadujeme od šarlatánů vymezení jejich vlastních *lege artis* postupů. Standardizaci jako podmínku legální praxe. Na čem se léčebné metody doopravdy zakládají. To by znamenalo i odpovědnost. A chtjeme samozřejmě řádné poučení pacienta o podstatě a limitech takové léčby. Ovšem pravdivé. Najednou by to přestala být tak úplně nezávazná legrace, jejíž selhání se nějak okecá,



Šarlatáni byli ozdobou všech trhů již od starověku a prodávali své dryáky a masti, jen se prášilo. Tento typ jarmarečníka byl již tehdy pro rozumné lidi synonymem podvodníka, z něhož si tropili posměch, což ovšem nijak neohrozilo jeho prosperitu. | Malba: Léčitel na oslu (Niko Pirosmanshvil)

NEJSEM SI JIST

abrakadabra, čáry máry fuk. Už by si nešlo tak bezuzdně a bohapustě vymýšlet. Třeba že fluidum dneska zrovna nemělo náladu nebo byla špatná konstelace Jupitera se Saturnem. Ať si také užijí se soudními znalci při trestním řízení. A s civilními žalobami o materiální i nemateriální újmu. Už to vidím: Soudní znalec v oboru léčby močí. Nebo znalec přes neznámé energie, jež však znalec nemůže znát, jsou-li z principu neznámé. Fascinující představa.

Dočista jiní komunisté

Tak se nepodařilo prokázat protiprávnost KSČM. Nejsou důkazy. Ani co by se za nehet vešlo. Nemá prý s tím ani cenu chodit k soudu. Ztráta času. Jejich režim byl sice podle jiného zákona zločinecký, ale tohle už jsou přece úplně jiní komunisté a chtěli by dočista jiný komunismus. Takový nějaký lepší. Tentokrát už bez chyb. Tedy bez těch, které je připravily o moc. A jak se jejich jinakost pozná? No přeci tím, že si říkají stejně. Jsou tak oprsklí, že se ani nenamáhalo s přejmenováním. Takže tu sice máme princip právní kontinuity se zločinným režimem, ale soudně diskontinuitu komunistické strany, která ho ztělesňovala. Pardon, musím se zasmát: Ha, ha, ha.

Předloni mi parta mentálně retardovaných mladých kriminálních vykradla chalupu. V rámci dlouhé série, kdy táhli krajinou jako kobylky. Ve slabé chvíli jsem to hlásil orgánům a ti je naneštěstí chytili. Počínali si totiž jako idioti. Myslím ti pachatelé. Složitý proces se vlekl skoro dva roky s výsledkem více než hubeným. Měl jsem s tím víc běhání než zločinci. Jen jednomu z party dokázali naši chalupu, ale dělal prý jen zeď. A neudělal to úplně hned po propuštění z galejí za „dobré chování“. Vydržel nepáchat celé dlouhé dva týdny! Za tuto krajní zdrženlivost a obdivuhodnou míru sebeovládání byl u soudu odměněn veřejnými pracemi. Do lochu se nevrátil, přestože byl v podmínce. Dokázali mu jen část ukradených věcí. Zbytek si prý teoreticky mohl vzít kdokoli, kdo šel náhodou kolem. To jest v naprosté pustině půlmetrem sněhu. Okno totiž vyrazili v úterý a čin byl zjištěn až v pátek. Za toto „zpřístupnění objektu“ samozřejmě nenesou odpovědnost. Tato šaškovská obhajoba skutečně uspěla, soud si s ní neporadil.

Přitahuje, ale jen pro někoho...

Jistý muž v Olomouci vyjádřil svůj politický názor (mimochodem velmi trefný) malováním po posvátných billboardech a dopustil se tak hrdelního zločinu urážky panstva. Soudila to soudkyně, která má nepochybně jen náhodou stejné příjmení jako jistý (naštěstí již bývalý) politik jisté dotčené strany. Podjatá? Nesmysl! Naše soudy jsou přeci nezávislé. Chlap jde sedět. Dobře mu tak! Je to trestný čin. Ani přestupek, ani veřejné práce. Rovnou basa. Měl vznést námitku, měl se odvolat. Neprotestuješ – bručíš v první instanci. Ještě že zrušili trest smrti. Jinak mohl za takovou svatokrádež klidně viset. Republiku si rozvracet nedáme! Jiný provokatér, ulitý umělec (kolik jich je a bylo!), legračně přehrával panáčky na semaforech. Nikdo nedoznal žádné úhony. Kromě srandy se nestalo vůbec nic. Ano, mohl a měl zaplatit pokutu. Pankráč si jako alternativu vybral sám. Koho ale proboha vůbec napadlo takovou z prdu kuličku řešit jako trestný čin? Republiku si... atd. Tři studenti z Brna, dnes fotí od

rodin, dvacet let souzení a odsouzení k omluvě za Listopad 1989. A to je žaloval jediný komunist. Představme si, co by si náš právní stát počal, kdyby podali žalobu všichni... Právě probíhá proces s mužem obžalovaným z toho, že se stal obětí policejní brutality à la Bělorusko. Pomatený agresor v uniformě je dokonce nafilmován. Pomůže to? Kolik kriminálu asi dostane napadený? Občanský protest proti devastaci přírody je u nás těžký zločin. Republiku si... atd. Přitahuje, přátelé, přitahuje. Ale jen pro někoho.

Nárok na ochranu před zákonem

Na druhé straně někteří státní zastupitelé dělají jako koně (fungl nový „premiérský“ termín), aby jisté věci neproklázali a nemuseli jimi obtěžovat už tak přetížené soudy. Princip beztrestnosti vyvolených (pozor: vyvolený a zvolený není totéž) spočívá v aplikaci prostinké pravdy: Kde není žalobce, není ani soudce. Je to bezvadné, protože jinak by si pan prezident při udílení milostí vypsal pero. Znáte tu trapnou hlášku: Kriminalizace povinných podnikatelů. Drze pod-

nikajících s veřejnými prostředky jako s vlastními, dodávám já. Tady si, inspirovaný nedávnou zprávičkou v tisku, kladu otázku: Kolik vozíčkářům se musí zamítnout schodolez, aby si nějaký mazaný grázl mohl koupit druhého Bentleye, protože ten první se mu už okoukal? Možná existuje i nějaká nomenklatura: Od jaké funkce (či sumy) nahoru vzniká nárok na ochranu před zákonem a rozčilenými občany. Nezdařený ministerský pokus o nápravu neudržitelných poměrů nás uvrhl z opatrné naděje zpět do hlubin deprese. Jiří Pospíšil může vyhrát jen zázkamem. Nemá podporu ve vlastní straně, kde až příliš mnoho důležitých osob a jejich klientů náléhavě potřebuje beztrestnost. Jako prase drbání. Starý George Orwell, jak ho znám, by takové státní zastupitelství nepochybně nazval „úřadem pro rovnost občanů před zákonem“. I hledme, nějak jsem sklouzl od absurdit plazících se na okraji medicíny k absurditám tančícím nestydaty kankán přímo v centru české justice a politiky. Je to asi tím, že šarlatáni jsou nebezpeční v jakémkoli oboru.

Inzerce A121002947

Mladá fronta
divize Medical
Services
představuje

Dětská alergologie

Kniha, která doposud na našem trhu chyběla, souhrnně pojednává o problematice alergických onemocnění dětského věku. Její autoři – přední odborníci z českých a moravských pracovišť pediatrie a alergologie a klinické imunologie – předkládají čtenáři komplexní a recentní pohled na prevalenci, etiopatogenezi, diagnostiku, léčbu, prevenci i prognózu imunopatologických stavů vzniklých na alergickém podkladě. Ve speciální části se pak podrobně věnují jednotlivým onemocněním – průduškovému astmatu, alergické rýmě, kožním projevům alergie, problematice anafylaxe a potravinové alergie, opakovaným respiračním infekcím, autoimunitním onemocněním, primárním imunodeficitům a dalším.



Autoři: doc. MUDr. Vít Petřů, CSc., a kolektiv
Doporučená cena 850 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-Mohelny, tel. 225 276 163, www.medical-services.cz, e-mail: info@mysamf.cz

Při objednání na **knihy.cz**
sleva 15%





Rytíř s kopím **v malé dvouhroté jehle**

Jana Jílková
Foto: Leoš Chodura

Když v Indii začal řídit eradikaci pravých neštovic, ani jeho vlastní šéf nevěřil v úspěch tak gigantického úkolu – a nechal se prý slyšet, že jestli se tohle povede, sní pneumatiky z posledního džípu, který přijede pro posledního nemocného. „Tak jsme mu je pak poslali a napsali mu na ně DOBROU CHUŤ!“ vzpomíná doc. MUDr. Zdeněk Ježek, Dr.Sc., Rytíř českého lékařského stavu.

Dětství jste prožíval jako dítě českých vlasteneckých rodičů v sudetském Liberci, za války váš tatínek riskoval život v Obráně národa, v 50. letech pak vystavováním falešných dokladů lidem, kteří prchali do zahraničí, a byl zatčen. Jak se tahle „rodinná anamnéza“ odrazila ve vašem životě?

Značně negativně. Už po Mnichovu nás osud odsoudil do role těch poražených, utečenců. Za války, po válce i po Únoru jsme se opět ocitli v roli těch slabších, s totalitou jsme se však nechťeli smířit. Pro medicínu jsem ale žádnou „rodinnou anamnézu“ v podobě lékařské profese rodičů nebo příbuzných neměl. Touhu studovat medicínu zapřičinila

spíš literatura, jako gymnazista jsem četl Paula de Kruifa a byl fascinován Albertem Schweitzerem a jeho nemocnicí, kterou vybudoval uprostřed Afriky v nitru pralesa.

Ale zpět k rodině. V době, kdy jsem studoval oktávu, byl můj otec ve vazbě. Můj třídní profesor věděl, že StB vyslýchá mne i moji matku, ale nikomu dál to již neřekl. Nikdo z členů maturitní komise netušil, co se doma odehrává. Dokonce mne doporučili ke studiu na Vojenské lékařské akademii v Hradci Králové, kde mne přijali a vzápětí vyloučili. Zelenou uniformu jsem si neužil – brzy poté, co jsem ji poprvé navlékl, mě zavolal do kanceláře politruk a se slo-

vy „Svléknout a jděte domů, vy víte proč!“ mi uniformu sebrali a vyhodili mě. Učinil jsem další pokus studovat a podal přihlášku na plzeňskou pobočku Lékařské fakulty UK, kde mě pak odmítli s tím, abych se zařadil jako manuální pracovník do výroby a v případě doporučení z pracoviště zkusil podat přihlášku příští rok.

Nastoupil jsem jako pomocný automontér v opravně aut Saurer a po půl roce jsem si našel práci chemického laboranta v Ústavu pracovního lékařství v Liberci. S dobrým posudkem a doporučením jsem podal přihlášku na lékařskou fakultu do Prahy. Uspěl jsem – ale s podmínkou, že budu později převeden na lékařskou

fakultu hygienickou, tam totiž neměli dostatek posluchačů.

Tu jste nakonec absolvoval s přehledem, dokonce s červeným diplomem. Kdo poté vedl vaše první kroky v praxi?

Mé odborné zaměření nejmíc ovlivnil profesor Karel Raška, ředitel Ústavu epidemiologie a mikrobiologie, kam jsem nastoupil na začátku 60. let. Mé první kroky pak vedli docenti Lubomír Syřůček a Josef Pečenka a především pozdější profesor tropické medicíny Vladimír Šerý. Na všechny tyto kolegy a přátele s úctou a rád vzpomínám.

Vášim stěžejním tématem tehdy byla bovinní tuberkulóza,

jejíž šíření úzce souviselo se svody krav v rámci kolektivizace zemědělství. Jak to tehdy bylo?

V době mého nástupu do ústavu se z popudu profesora Rašky ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a pod dohledem vědecké rady ministerstva zdravotnictví připravovala studie nazvaná „Epidemiologický a klinický výzkum tuberkulózy v ČSR“. Naším prvotním úkolem bylo zkoumat spolehlivost metod při vyhledávání tuberkulózních pacientů, zjistit postižení různých skupin obyvatelstva a prověřit účinnost kontrolních opatření.

Následkem kolektivizace zemědělství v polovině 50. let se to-

PŘEDSTAVUJEME

tiž prudce rozšířila tuberkulózu krav. Svody skotu pod jednu střešku sice probíhaly s muzikou a veselím, ale bez veterinárního dozoru. A tak se stalo, že do jedné stáje se vedle mnoha desítek zdravých krav dostala jedna či několik postižených tuberkulózu. Do dvou tří let onemocněla většina a postupně se u nich objevila TBC nejen plic, ale i jiných orgánů, včetně vemene. Na Kolínsku bylo do velkých stájí svedeno 16 tisíc krav a do dvou let byly tři čtvrtiny nakaženy tuberkulózu.

Polovina nadojeného mléka obsahovala původce tuberkulózy. Desetina lidí na venkově toto mléko pila nebo konzumovala produkty z něj, aniž by napřed bylo svařené. Bohužel však ani tehdejší nedokonalá pasterizace mléko zcela nezbavila nebezpečných bakterií. TBC se navíc nepřenášela jen mlékem, ale i kapenkami, které ošetřovatelé krav vdechovali. Spolu s ostatními lékaři a veterináři jsme navrhli soubor opatření, jež situaci postupně zlepšila.

V polovině 60. let jste byl vybrán Světovou zdravotnickou organizací, abyste realizoval společný projekt WHO a mongolské vlády, který se týkal veřejného zdravotnictví a epidemiologie v této východoasijské zemi. Jak na léta působení v Mongolsku vzpomínáte?

Během mé práce na Kolínsku tam přijížděli hodnotit naši práci také experti WHO, takže o mně věděli. Pro svůj nový projekt v Mongolsku hledali lékaře, který by se vyznal v oboru, uměl anglicky a rusky, byl náturou skaut připravený cestovat a snesl -50 °C v zimě a +50 °C v létě. Samozřejmě, že jsem nabídku přijal - byla to jediná možnost jak se jako nešťánek dostat za hranice.

Do Mongolska se mnou letěl veterinář Jan Kolář a v Ulánbátaru na nás čekal slovenský mikrobiolog Mikuláš Rusínko. Naším úkolem byla pomoc při likvidaci epidemii na celém teritoriu země, která by zabrala plochu od Lamanšského průlivu k Moskvě. Měli jsme zjistit nejzávažnější nákazy, navrhnout preventivní opatření a samozřejmě i školit místní lékaře a zdravotníky.

Téměř šest let jsme jezdili gaziky po stepi (samotná cesta na místo trvala třeba devět dní tam a devět dní zpět), bydleli jsme v jurtách, jedli skopové, pili *kumys* a zjišťovali, které choroby kosí tamní obyvatelstvo. Potýkali jsme se především s nákazami přenosnými ze zvířat na lidi. Prim hrála

brucelóza. Děti zabíjely epidemie záškrtu, mnoho jich umíralo na spalničky a průjmová onemocnění. Postupně jsme zorganizovali první celostátní plošnou vakcinaci proti dětským nákazám. Proškolili jsme za tu dobu stovky lékařů a jeden a půl tisíce zdravotníků.

Mongolsko pro mne byla dobrá zkušenost. Navíc jsem získal renomé ve WHO, a to nejen jako odborník. Oni takových šílenců, kteří jezdí po světě a likvidují epidemie, zase až tak moc nemají...

Ještě v 60. letech umíraly ročně 2 miliony lidí na variolu. Při vašem pasování na Rytíře českého lékařského stavu byla ze všech vašich zásluh na prvním místě jmenována právě eradikace infekce pravých neštovic na naší planetě. Jak jste tohoto gigantického úspěchu dosáhl?

Nedosáhl jsem ho sám! Na eradikaci pravých neštovic se podílely stamiliony zdravotníků neštovicemi postižených zemí, v průběhu intenzivních eradikačních aktivit pracovalo v endemických zemích v rámci WHO kolem 700 zahraničních expertů ze 73 zemí.

Počátkem 70. let mne ústředí WHO poslalo do Dillí, kde jsem se stal epidemiologem programu eradikace neštovic pro jihovýchodní Asii. Program podporoval eradikační aktivity i v Bangladéši, Barmě, Indonésii, Nepálu a na Srí Lance. První roky jsem doslova nevěděl kam dřív skočit. Jezdil jsem od epidemie k epidemii. Nejkritičtější byla situace v Indii, což je ostatně i historicky kolébka neštovic. Nejhorší pro mě byl rok 1974, tehdy bylo jen za jediný květnový týden hlášeno více než 8 tisíc vesnic a měst nově postižených variolou a 11 tisíc nových případů.

To vyžadovalo mobilizaci celé armády místních zdravotníků - tvořilo ji kolem 100 tisíc krátkodobě najatých osob, jež vyhledávaly postižené lokality, 30 tisíc vakcinátorů, kteří pečovali o nemocné, o jejich izolaci a očkovali všechny osoby v jejich okolí, a to vše pod dohledem 8 tisíc lékařů. Po dvou letech intenzivní práce se nám podařilo přerušit přenos neštovic jak v Indii, tak v Bangladéši.

Setkával jste se i s nedůvěrou a u dětí se strachem z očkování?

I v zemích třetího světa je očkování dávno uznávanou jednoduchou, efektivní a bezpečnou cestou ochrany dětí i dospělých proti

řadě infekčních nemocí. V očkovacích akcích ve vesnicích i městech, kde propukly neštovice, nám pomáhalo, že se vystrašené obyvatelstvo samo očkování domáhalo. Lancety, jehly a kopí jsme nahradili malou dvouhrotou jehlou, se kterou stačí udělat několik drobných vpichů. Tlštěný nástroj nevyvolával strach ani u malých dětí. Především ale přinesl obrovskou úsporu vakcín a dal se jednoduše sterilizovat. Vděčíme mu za úspěch v dosažené eradikaci.

Neštovice skončily vymýcením na Indickém subkontinentu?

Ne, ještě zbývala poslední bašta, Africký roh, a ústředí WHO mě pověřilo zlikvidovat variolu i tam. Odměnou mi bylo vidět a velet likvidaci posledního ohniska neštovic na světě, což pokládám za svůj největší životní úspěch.

Očkování proti neštovicím se významně podílelo na jejich eradikaci. Pro mne bylo nejdůležitějším přínosem vymýcení neštovic skončení nezměrných tragédií a lidského utrpení. 10 milionů postižených a 2 miliony zemřelých ročně naznačují rozměr tohoto utrpení. Neštovice jsou jedinou infekcí, kterou se ve 20. století podařilo vymýtit. Doufáme, že dětská obrna, již vymýcená na západní polokouli, a spalničky budou v dohledné době následovat.

Na neštovice se umíralo v bolestech a při plném vědomí. Vám osobně asi nehrozily, ale jiných rizik musel být nespočet. Čeho jste se bál nejvíc?

Máte pravdu, z varioly jsem strach neměl, věřil jsem v sílu vakcinace. Když jsme školili místní vakcinátory, demonstrovali jsme jim postup vakcinace na sobě, takže jsme se prakticky denně očkovali.

Strach jsem měl v oblastech civilních nepokojů či ve válečném konfliktu. Třeba v Africe, kde jsem pracoval během etiopskosomálské války. Nebál jsem se tolik regulérních armád jako spíš ozbrojených a opilých výrostků, kteří měli kalašnikovu a obsazovali mosty, kudy jsme museli přejít. Nikdy nevíte, zda se jim nehodí vaše košile nebo boty a zda vás jenom okradou, nebo jako nepohodlného svědka zastřelí.

V postižených lokalitách nám chyběla hlavně elektrika a nezávadná pitná voda. Přes den jsme pracovali, v noci při svíčke psali reporty o provedené práci. Nejvíc nás sužoval všudypřítomný hmyz a další paraziti - ráno

a večer komáři, přes den mouchy, někde klíšáta, blechy, štěnice či pijavice.

Jak snášela pobyt v těchto zemích vaše rodina?

Pro rodinu to bylo zpočátku dosti obtížné. Nejvíce pro manželku, ale zvykla si starat se o rodinu sama. Já jezdil po celém teritoriu, které jsem měl na starosti, a za rodinou jsem jenom dojížděl - někdy týdně, většinou až po několika týdnech či měsících, jak epidemie dovolovaly. Z inspekčních cest po Indii jsem se domů k ženě a dětem vracíval třeba po měsíci. Přijel jsem večer, vykoupal se, manželka rychle vysypala moje prádlo do vody, protože bylo plné blech a štěnic, a ráno jsem zase na čtrnáct dní nebo na měsíc zmizel. Děti navštěvovaly místní, českými orgány neochotně povolované školy. Manželka je učitelka, a tak děti učila po večerech sama a připravovala je ke každoročním zkouškám na českých školách.

Pravé neštovice byly vymýceny, ale v 80. letech se vynořila

nová epidemie - AIDS. WHO se rozhodla využít vašich zkušeností i ve svém globálním programu boje proti ní. Co bylo vaším úkolem?

Syndrom získané imunodeficiency se stal celosvětovou noční můrou. V roce 1988 jsem byl WHO převelen do nově se rozvíjejícího Globálního programu AIDS. Zprvu jsem byl pověřen organizováním aktivit omezujících šíření HIV v zemích spadajících pod regionální úřadovny WHO v Dillí a Alexandrii, potom jsem se stal zástupcem ředitele Úřadu WHO pro výzkum HIV/AIDS. Posledních pět let svého profesního působení jsem věnoval úsilí a snaze čelit této vysoce nebezpečné infekci. Zřejmě ne zcela úspěšně, když uvážím, že v tuto chvíli se po Zemi pohybuje více než 42 milionů zdrojů původce AIDS - nemoci, na niž ročně umírají přes 3 miliony lidí. Mrzí mne, že ještě dnes - přes intenzivní zdravotnickou osvětu - mnoho lidí hazarduje nejen se svým zdravím, ale i se životem.

V roce 1996 jsem byl vyzván ústředím nově vzniklého programu



Spoluautor prestižní publikace WHO „Neštovice a jejich eradikace“ (1988)

PŘEDSTAVUJEME

OSN pro AIDS (UNAIDS), abych jej reprezentoval v Ruské federaci. Spolu s místními organizacemi jsme čelili třem epidemiím: šíření AIDS, venerických chorob a doprovázející epidemii užívání drog...

V polovině 90. let vás WHO znovu povolala „do zbraně“ – tentokrát proti Ebolě, do Zairu. Do vašeho příjezdu do epicentra nemoci na ni zemřela i část zdravotníků, nákaza měla téměř stoprocentní smrtnost. Kdo měl ruce a nohy, utekl, vy jste naopak přijel. Nemohl jste vědět předem, že ebolu do tří měsíců zlikvidujete a že vůbec sám přežijete. Co vás do tohoto pekla hnalo?

Ebolu a jiné hemoragické horečky včetně „opičích neštovic“ (*monkeypox*) jsem dlouhodobě studoval v centrální Africe, nejprve v půli 80. let na severu Zairu. Zde jsme v průběhu pěti let identifikovali řadu ohnisek hemoragických horeček, včetně čtrnácti ohnisek infekce Eboly. Prokázali jsme, že v endemické oblasti dochází častěji, než se předpokládalo, k výskytu sporadických případů a malých epidemií, jež lze s úspěchem likvidovat. Prokázali jsme také, že k rozsáhlejším epidemiím obvykle dochází nesprávnou a opožděnou diagnostikou, kdy se do nemocnice dostane pacient s nerozpoznanou Ebolou. Pak se tato nemocnice stává nebezpečným ohniskem nákazy, které vedou k hromadným úmrtím, ta pak k panice a útěku pacientů z nemocnice a roznosu nákazy.

To byla přesně situace, kdy jsem se s Ebolou setkal naposled v jihozápadním Zairu v roce 1995 jako vedoucí mezinárodního týmu pověřený likvidací epidemie Eboly v třístatisíčovém Kikwitu. Situace byla delikátní – z 315 po-

stižených bylo 80 zdravotníků, kteří omylem diagnostikovali ebolu jako úplavici, později jako *typhus abdominalis*. Bylo přetěžké vidět umírat kolegy a zdravotnický personál i všechny ostatní lidi postižené fatální nákazou. Neměli jsme žádný účinný lék ani vakcínu. Byli jsme naprosto bezmocní. Ten pocit nemohoucnosti u lůžka umírajícího se nedá slovy popsat.

Měl jste někdy tvář v tvář smrti šířeného mikroorganismu, se kterým jste se setkával, čas na myšlenky o konečnosti, křehkosti a vrtkavosti lidského života, nebo jste se spíš vždy soustředil na úkol a na práci a tyto „existenciální“ otázky šly stranou?

Po celou dobu svého profesního působení jsem se snažil soustředit na daný úkol. Zároveň jsem si uvědomoval, jak tenká je hranice mezi životem a smrtí, a dospěl jsem k vědomí, že se ztrátami musíme počítat, bohužel. Přesto, když kolem vás mnoho lidí umírá, je to strašné, depřimující. Za celou dobu své práce v epidemiích jsem si na umírání a smrt nezvykl. Během epidemie můžete odpočívat tak 3–5 hodin denně. Lehnete si, ale stejně neusnete. Před očima vám defilují tváře malých dětí, které jste za dne viděli, poseté zhnisanými neštovičkami. Umírají v bolestech při plném vědomí. Největší otřes působí, že jim nemůžete pomoci, že nemůžete zabránit jejich utrpení.

Přes všechno, co jste dokázal, veni, vidí, vici zjevně není váš oblíbený citát. Máte nějaké osobní krédo?

Když jsem byl v minulosti dotazován na své „základní přesvědčení“, odpovídal jsem heslem francouzské revoluce *liberté, éga-*

doc. MUDr. Zdeněk Ježek, DrSc.

*** 13. srpna 1932 v Liberci**

Lékařskou fakultu hygienickou UK v Praze absolvoval s vyznamenáním v roce 1958. V roce 1959 byl přijat na řádnou aspiranturu do Ústavu epidemiologie a mikrobiologie, kde pracoval jako lékař-epidemiolog. Od roku 1960 se podílel na řešení úkolu Světové zdravotnické organizace (WHO) a ministerstva zdravotnictví týkajícího se tuberkulózy. Kandidátskou práci o vlivu tuberkulózy skotu na lidskou populaci obhájil v roce 1963. V roce 1965 byl WHO vyslán do Mongolska realizovat projekt veřejného zdravotnictví a epidemiologie. Zjišťoval epidemiologickou situaci země, organizoval likvidace nejméně závažnějších epidemií, podílel se na organizaci a metodickém vedení mongolského veřejného zdravotnictví. Zorganizoval první celoplošné očkovací akce proti nejdůležitějším dětským nákazám. Na přelomu 60. a 70. let, po absolvování postgraduálního školení v oboru epidemiologie a veřejného zdravotnictví v Centers for Disease Control and Prevention v Atlantě a na Yaleově univerzitě v New Havenu působil jako konzultant v ústředí WHO (divize sdělných nálezů) v Ženevě, poté jako konzultant WHO v Mongolsku. V letech 1971 a 1972 se podílel na likvidaci neštovic v Jugoslávii a epidemie cholery na východním Slovensku.

V roce 1972 jej WHO vyslala do Dillí, kde až do roku 1977 pracoval jako vedoucí epidemiolog programu globální eradikace neštovic pro oblast jihovýchodní Asie. V roce 1977 byl pověřen likvidací posledních ohnisek neštovic na světě – v ob-



lastech na pomezí Somálska, Etiopie a Keni. V roce 1980 byl WHO vyslán do konžského Brazzaville, kde působil jako poradce pro nakažlivé nemoci. Poté organizoval program epidemiologické *surveillance* ortopoxvirových nálezů a afrických virových hemoragických horeček v oblastech západní, střední a východní Afriky. Vedl studie virových hemoragických horeček (Lassa, Ebola, Marburg, krymsko-konžská) a epidemiologie a ekologie viru opičích neštovic (*monkeypox, tanapox*) a jejich významu pro lidskou populaci. Od roku 1985 vedl program posteradikační *surveillance* neštovic a dalších významnějších ortopoxvirových nálezů. Je jedním z autorů rozsáhlé prestižní publikace WHO „Neštovice a jejich eradikace“ (Ženeva, 1988). Výsledky studie ortopoxvirových nálezů ve střední Africe publikoval v monografii „Human Monkeypox“, kterou obhájil jako disertační práci k získání hodnosti doktora věd (1991). V roce 1988 přešel do globálního programu WHO proti AIDS, kde se

účastnil vedení výzkumu vakcín, kliniky a terapie, laboratorní diagnostiky a *surveillance* a epidemiologického výzkumu. V letech 1992–1996 lektoroval semináře a kurzy WHO věnované řízení národních programů HIV/AIDS v Lotyšsku, Moldávii, Rumunsku, Rusku a Kyrgyzstánu. V roce 1996 reprezentoval WHO v programu OSN UNAIDS v Rusku. V roce 1995 se jako vedoucí týmu WHO účastnil likvidace epidemie Eboly v jihozápadním Zairu. V roce 1996 předsedal národní komisi jmenované hlavním hygienikem ČR, která hodnotila stávající úroveň aktivit národního programu AIDS a navrhla další zaměření prevence HIV v České republice. V letech 1998–1999 byl poradcem WHO v nově vzniklé divizi vynořujících se nálezů a ostatních sdělných nemocí a připravoval a organizoval semináře o ortopoxvirových infekcích, předsedal sekci ortopoxvirových nálezů na mezinárodním virologickém kongresu v Sydney.

Je autorem dvou set odborných publikací – monografií, skript a článků publikovaných v české a zahraniční literatuře. Přednášel v rámci výuky tropické medicíny na IPVZ a LF UK. Za svoji činnost byl mnohokrát oceněn WHO, mongolskou a indickou vládou. Roku 1987 mu byla udělena medaile J. E. Purkyně za úspěšnou mezinárodní spolupráci při eradikaci neštovic. V roce 2003 byl pasován na Rytíře českého lékařského stavu. Program WHO na eradikaci pravičích neštovic byl dvakrát navržen na Nobelovu cenu míru.

lité, fraternité, kdy *liberté* jsem chápal ne jako volnost, ale jako svobodu. V současnosti si své krédo měním na: „Mládí žije nadějí, stáří vzpomínkami.“

Dnes se věnujete i otázkám nebezpečí biologických zbraní a bioterorismu. Je v této oblasti nějaký důvod k optimismu?

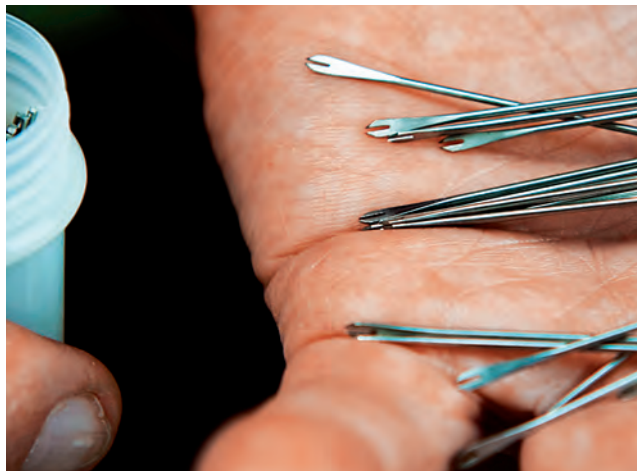
V 80. letech, tedy už po vymýcení varioly, jsme netušili, že v ruských výzkumných centrech se budují kapacity pro hromadnou výrobu jejího viru. Nevěděli jsme, že v utajených laboratořích probíhá testování neštovičného aerosolu, že pokračují práce na genetické alteraci viru varioly. Jisté varování přineslo zjištění, že koncem 80. let Rusko, USA, Kanada a Izrael pokračovaly v očkování svých armád protineštovičnou vakcínou. Bylo jasné, že mají od svých zpravodajských

agentur zprávy, že někde v utajených laboratořích se provádějí pokusy s virem neštovic. Odhalení tohoto faktu v polovině 90. let pro mne bylo největší profesní ranou a celoživotním zklamáním. Dobrou zprávou však byla informace, že ruský prezident Jelcin v roce 1992 ukončil ofenzivní program biozbraní a plánované prostředky převedl na defenzivní program. S politováním konstatuji, že ani dnes nelze vyloučit úmyslné rozšíření neštovic. Bohužel biozbrana a bioterorismus se staly trpkou realitou dneška. Utěšuje mne, že zneužití biologických *agens*, včetně varioly, jak bioteroristy, tak vojáky je dnes morálně i eticky odsouzeno téměř všemi zeměmi civilizovaného světa. Nám lékařům-epidemiologům ještě zbývá v rámci OSN prosadit, že úmyslné rozšíření viru varioly v sou-

časné bezbranné (neočkované) populaci je nutno považovat za nejtěžší mezinárodní zločin proti lidskosti.

Co vám dělá radost? Zbývá vám konečně čas i na nějaké koníčky?

Po letech jsme si koupili malou chatku nad Slapskou přehradou, obyvatelnou pouze v teplých měsících, a později i malou roubenku v Jizerských horách, kde trávíme volný čas v zimních měsících. Údržba chatky i roubenky mne nutí ke kutilství a blízký les k houbaření, které je vášní mé ženy. Po mnoha letech odloučení se také velmi rád setkávám se svými blízkými, příbuznými i přáteli. I když jsem si v minulosti vzhledem ke své práci nemohl plně vychutnat radosti otcovské, nemíním se připravovat o radosti z vnoučat. Těch si nyní plně užívám.



Malá dvouhrotá jehla, se kterou stačí udělat několik drobných vpichů, nevyvolávala strach ani u malých dětí.

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

MUDr. et PhDr. Josef Káš
(14. 3. 1897 Dobruška
– 21. 2. 1960 Praha)

Pražský lékař, kulturní pracovník a zakladatel Kocourkovských učitelů. Byl to člověk s množstvím kulturních zájmů. Mimo medicínu se zajímal o hudbu, divadlo, ale i národopis, kde si udělal svůj druhý doktorát na filosofické fakultě. Píše se mi o něm zároveň velmi dobře i těžce – jednak to byl můj otec, takže mám na něj řadu vzpomínek, jednak se obávám, že mohu být ze stejného důvodu i poněkud nekritický.

Narodil se v Dobrušce v rodině místního lékaře MUDr. Františka Káše. Gymnázium vystudoval v Rychnově nad Kněžnou, zde se již začaly projevat jeho hudební a divadelní zájmy. A zde také založil z řad studentů gymnázia Kocourkovské učitele v jejich prvním složení, hrál s ochotníky divadlo a působil v komorním kvartetu. Po válce se Kocourkovští

rozpadli, mladý Káš začal studovat medicínu, stále ho to však táhlo i k obnově Kocourků. To se podařilo a s některými zbylými kolegy z původního souboru založili obnovené Pěvecké sdružení učitelů kocourkovských (P.S.U.K.). Účinkovali koncem války i po ní, dokonce ve slavném kabaretu Červená sedma.

Ale i to skončilo, z původních Kocourků zůstal jen mladý lékař MUDr. Josef Káš a mladý právník JUDr. Svatopluk Venta, kteří se ujali úkolu Kocourkovské vzkřísit. Podařilo se jim to a po dvou letech tu byl obnovený P.S.U.K., který dosáhl relativně velké popularity. Během své činnosti odehráli více než 1300 vystoupení, z toho 650 samostatných koncertů, zpívali i v rádiu, hráli ve třech filmech, nahráli přes třicet gramofonových desek. Skončili v 50. letech. Jednak zestárlí, zpívali od 30. let v nezměněném složení, a jednak jejich skladby nevyhovovaly tehdejšímu politickému režimu – byly řečně-

me apolitické a to režim netoleroval. A tak než aby se pořád podrobovali různým cenzurním zásahům, svou činnost raději dobrovolně ukončili.

Josef Káš byl jejich častým textařem, místy i skladatelem a po celou tu dobu zpěvákem a jakýmsi reprezentantem souboru, který musel žehlit nějaké ty průšvihy. Na Kocourkovské učitele byl také pyšný. Už značně později mi řekl: „Byl jsem celkem dobrý doktor, ale takových bylo víc. Byl jsem i schopný muzikant, ale takových a lepších bylo víc. Ale založil jsem Kocourkovské učitele a to neudělal nikdo jiný.“

Kocourkovští důsledně trvali na tom, že veškerá čísla musejí být „made in Kocourkov“. Tedy od textu přes hudbu až po jevištní provedení muselo být vše z jejich vlastní dílny. Podobně jako Osvobozené

divadlo V + W. Byli i jakýmsi předchůdci pozdějších divadel malých forem.

MUDr. Káš se mezitím stal vrchním zdravotním radou, působil na pražském fyzikátě jako vedoucí komunální a školní hygieny, vedle toho ještě vystudoval národopis na filosofické fakultě.



Zmíním se i o jeho činnosti literární. Byl přítelem MUDr. Hlaváče – Alaricha, autora slavné knihy „Medicína v županu“.

Těsně před válkou se smluvili, že spolu napíší pokračování. Hlaváč však byl zatčen a popraven a tak Josef Káš napsal pokračování sám pod titulem „Aeskulap v bačkorách“ (pod pseudonymem Jan z Kocourkova v roce 1947). Připravoval ještě další pokračování, ale nebyla naděje, že by za tehdejší politické situace mohlo vyjít. A tak jsem některé historky z jeho pozůstalosti použil ve své první knížce „Aeskulapův úsměv“, pod společným autorstvím svého otce a svým. Byla příznivě přijata, proto jsem se tohoto odkazu ujal a vydal během let více

než tucet dalších knížek medicínskému humoru navazujících na ta-tínkův odkaz.

Medailonek doplním několika historkami z jeho medicínské praxe.

Nebezpečný lékař

MUDr. Káš byl v začátcích své soukromé praxe povolán na návštěvu jedné pacientky, manželky karlínského obchodníka. Ta měla asi tříletého synka, který při vyšetřování nespustil z lékařské oči. Když lékař měřil pacientce krevní tlak, lehce zachytil manželkou tonometru o široký zlatý náramek, který pacientka měla na ruce. Vtom chlapec zašeptal, ale tak, jak umějí šeptat jen děti: „Mami, dej si pozor, ať ti ho nestáhne!“

Ta podoba!

Josef Káš vyšetřoval ve své karlínské ordinaci mladou hezkou slečnu. Při odchodu řekla lékařovi: „Víte, pane doktore, že jste hrozně podobný jednomu z Kocourkovských učitelů?“ – Dr. Káš rozpačitě rozhodil ruce a neurčitě se zasmál: „No jo, říkají to, ale...“ – No proto, to já vím,“ upokojila ho slečna, „já jsem si hned myslela, že byste ze sebe nedělal takového kašpara.“

MUDr. Svatopluk Káš

Inzerce A121003129



DOKONALE VYLADĚNÝ POČÍTAČ PRO ORDINACE

- Úspora místa v ordinaci
- USB konektory pro připojení externího zařízení
- Monitor vysoké kvality pro každodenní sledování
- Možnost zabezpečení pomocí očka pro zámek nebo Kensington slot
- Možnost připojení 2 monitorů
- 3 letá záruka

COMFOR OFFICE **Medical**

- originální Windows 7 Professional, Office Starter 2010
- procesor Intel Pentium G630T (frekv. 2,3 GHz)
- paměť 2 GB DDR3, grafika Intel HD graphics
- pevný disk 500 GB SATA III, DVD vypalovačka (vč. Nero+PowerDVD), čtečka karet
- klávesnice a optická myš, rozměry: 32,3 x 14 x 27,6 cm
- skříň SFF bílá, 300 W zdroj 80+ = nižší spotřeba PC díky vyšší účinnosti (min. 80%) oproti běžným zdrojům (65% a více)
- obj. kód 11919504

12.990 Kč vč. DPH + 24" LCD ... 18 115 Kč vč. DPH

24" LCD iiyama Full HD, 16:9, HDMI, PIVOT

V případě zájmu, navštivte www.comfor.cz či jednu ze 190 prodejen COMFOR, kde si počítač můžete objednat.



Nemoci našich mocných ve 20. století – V. část

Seriál o československých prezidentech zakončujeme profilem Gustáva Husáka, jehož novoroční projevy prokládané slovakismy mají ještě mnozí v živé paměti. Češtinu se prý učil na Pan-kráci a v Ruzyni... Tento vzdělaný egoista, poslední komunistický prezident a symbol normalizace u nás vládl po T. G. Masarykovi nejdéle – celých 14 let.

Role Gustáva Husáka (1913–1991) v dějinách naší země je hodnocena jednoznačně záporně. Jeho osobnost i pohnutky k určitým politickým krokům ovšem ještě nejsou zcela zmapovány. Historický odstup je příliš malý, neexistuje kritický životopis a jeho paměti, vydané slovenským historikem Viliamem Plevzou, zůstaly nedokončeny.

V roce 2009 se objevil zajímavý filmový dokument „V hlavní roli Gustáv Husák“, autorů Roberta Sedláčka a Michala Kubaly (obsahující též scény ze hry Viliama Klimáčka „Doktor Husák“ s příznačným podtitulem „Vězeň prezidentů – prezident vězňů“), v němž se pokoušejí o charakteristiku jeho osoby například Michail Gorbačov, Václav Havel, Ján Čarnogurský, z historiků pak Vilém Prečan, ale třeba i Husákův syn Vladimír nebo přítelkyně jeho první ženy Magdy Husákové-Lokvencové Nataša Tánšská. Snímek lze jistě považovat za důvěryhodný zdroj, i když závěr si musí divák udělat sám.

Bez zajímavosti nejsou ani memoáry Lubomíra Štroukala „Ještě pár odpovědí“, k nimž vytvořil internetový dodatek Zdeněk Jirků (Brejle.net) v podobě podrobného rozhovoru o autorově spolupráci s Gustávem Husákem. V loňském roce se rovněž k Husákově éře vrátila řada publicistů v souvislosti s dvacátým výročím jeho úmrtí (např. týdeník Respekt, portál iDnes, aj.).

Jistě je jen to, že oněch 14 let Husáková úřadování ve funkci zjevně devalvovalo prestiž a úroveň prezidentského úřadu.

Neuvěřitelná paleta proměn

Diplomat Ladislav Šimovič, který znal Husáka od mládí, ve svých vzpomínkách napsal, že poznal dva Husáky: mladého Gustu („inteligentního, bystrého, ve své generaci uznávaného, váženého a v podstatě slušného člověka“) a starého „samolibého nadutce“, jenž toužil „jedině po osobní moci a slávě“ a byl „bezcitný, bezohledný a krutý, odcizený všemu



S první manželkou Magdou Lokvencovou, která nečekaně zemřela v padesáti letech na mozkové aneurysma. „Otec to nesl velmi těžce, říkal mi, že byla největší láskou jeho života,“ říká Husákův syn Vladimír.

a všem“. Psychicky byl Gustáv Husák zpočátku patrně zdrav (pomineme-li jeho vybičované ambice a stranickou oddanost, která neochladla ani po dlouholetém věznění, k němuž byl odsouzen „vlastní“ politickou stranou), deprese se dostavily teprve po letech a vrcholily pak zejména koncem 80. let, kdy se ocitl v naprosté izolaci. Známa je ale jeho náklonnost k alkoholu, silný nikotinismus, oční problémy a celkově nezdravý způsob života, který mu patrně později přivodil tři mozkové ikty.

I když už v žádosti o propuštění koncem 50. let prý Gustáv Husák napsal: „Dnes po tom všem jsem starý člověk, s podlomeným zdravím, se zchátralým a vyčerpaným tělesným organismem, duševně podlomený a ubitý“, vrátil se po téměř deseti letech věznění údajně naprosto zdrav, s utkvělou představou, že mu „musí být vráceny vedoucí funkce ve straně“. Tím se také otevírá neuvěřitelná pestrá paleta Husákových „ideologických proměn“ – nejen pro historiky, ale jistě i pro psychology. Jak uvádí Vladimír Kadlec ve své knize „Podivné konce našich prezidentů“ (ze které jsme citovali i v předchozích dílech), „je ironií mezí, že Husák nepochybně patřil mezi našimi politickými činiteli v posledních desetiletích k nejschopnějším, a to i z hlediska machiavellistického pohledu, z hlediska

mě se sdružovali slovenští levicovní intelektuálové. Svým vzděláním, obratností v získávání politických přátel i schopností reagovat na aktuální politické otázky – tedy tím, co většina intelektuálů beznadějně postrádá – se výrazně odlišoval od většiny komunistických funkcionářů. Patřil ke generaci, která do komunistické strany vstupovala s bezmeznou vírou v politiku SSSR a Komunistické internacionály, v době, kdy Československá republika byla pro Gottwaldovu stranu „versailleským zmetkem“.

Zřejmě tehdy, v první polovině 30. let, si Husák vypěstoval přímo fobii k prvnímu československému státu a až patologickou nenávist k dr. Edvardu Benešovi. I jeho pozdější „Svědectvo o Slovenskom národnom povstání“ bylo dle historika Viléma Prečana velmi zkresené a Husáková interpretace byla založena na politické kalkulaci – nepřipustit vinu Sovětům a vše se snažit svěst na Beneše, Ingra a další členy exilové vlády v Londýně. Lubomír Štrougal ovšem ve svých vzpomínkách uvádí, že „v roce 1944 se vedoucí činitelé odbojového hnutí ocitli v časově poměrně dlouhé izolaci. Ani z Londýna, ani z moskevské emigrace nepřicházely potřebné pokyny a informace. Cítili se jaksi odstrčeni... a tak reagovali emocionálně.“

Zaslepený stalinista

Těžko ovšem označit za pouhý „emociální exces“ Husákův dopis odeslaný v létě 1944, kdy jako člen Slovenské národní rady (SNR) poslal (za jejími zády) do Sovětského svazu zprávu, která obsahovala návrh na připojení Slovenska k SSSR: „Je třeba, aby slovenský člověk považoval za svoji vlast území od Aše až po Vladivostok.“ Uvedl tehdy, že si to „přeje sedmdesát procent Slováků“ (Husák se k tomuto dopisu přiznal Vilému Prečanovi v roce 1964). Jak poznamenává Vladimír Kadlec: „Měli jsme štěstí. Husákův návrh – na rozdíl od situace v srpnu 1968 – tehdy nebyl v zájmu Sovětského svazu“.

Od roku 1946 vládl na Slovensku (jako předseda Zboru poverenni-

kov, což byl výkonný orgán SNR) administrativně autoritářskými stalinskými metodami. Mnozí soudí, že se v následujících letech stal obětí utlačovatelské mašinérie, kterou sám do roku 1950 na Slovensku spoludíval.

Vězeň, který se hájil sám

V květnu 1950 byl Husák na základě obvinění ze „slovenského buržoazního nacionalismu“ zbaven většiny funkcí a v únoru 1951 zatčen. Na jeho manželku Magdu byl vyvíjen nátlak, aby činnost svého manžela odsoudila a rozvedla se s ním. To odmítla, a musela se proto vzdát práce úspěšné divadelní režisérky. Husák byl vězněn téměř deset let, do dubna 1960. Z toho více než šest let strávil v samovazbě a přísné izolaci – na Pan-kráci, v Kolodějích, Ruzyni, Leopoldově a na Mírově. Zajímavé je, že právě on se na rozdíl od ostatních vězňených komunistů odmítl i přes nelidské mučení přiznat k vykonstruovaným obviněním. I mezi vyšetřovateli si tak vysloužil přezdívku „Eiserner Gustáv“ (železný Gustáv). Jak (ve zmíněném rozhovoru se Zdeňkem Jirků) uvádí Lubomír Štrougal, který v roce 1961 (kdy se stal ministrem vnitra) osobně pročítal dokumentaci o procesu s Husákem, „tehdy vůči němu byly použity neuvěřitelně kruté způsoby mučení. Za 500 dní vazby byl jen jediný den na vycházení, a to pouze na deset minut. Byl souzen v neveřejném procesu až v roce 1954, tři roky po svém zatčení. Odmítl obhájce a hájil se sám. Všechna obvinění vznesená prokurátorem vyvrátil. Předvedení svědků, které sám navrhoval, bylo odmítnuto. Dostal doživotní trest odnětí svobody. A přitom je známo, že pro něj byl původně připravován rozsudek smrti. Ale jeho postoj – odmítnout, vyvrátit všechna nepravdivá obvinění – znemožnil soudu dle tehdejších zvyklostí uspořádat nejen veřejné projednávání, ale i vynést absolutní trest. Život si tehdy zachránil jen a jen sám. Jeho morální integrita je slovně neocenitelná.“

Prezident Novotný pak zdržoval Husákovu propuštění z vězení až do amnestie v roce 1960 (naplnění jeho politických ambicí mu navíc znemožnil až do roku 1968). Do roku 1963 (kdy byl právně, občanský i stranicky rehabilitován) pak Gustáv Husák pracoval jako skladník Pozemních staveb v Bratislavě, poté do roku 1968 jako vědecký pracovník Ústavu štátu a práva Slovenskej akadémie vied. Jaro roku 1968 pro něj znamenalo novou šanci, kterou dokonale využil, jeho další „proměny“ jsou pak srovnatelné snad jen s legendárními

exhibicemi mága a eskapisty Harryho Houdiniho, autora iluze zvané „Metamorfóza“. Rozdíl však spočívá v tom, že první je prováděl v cirkuse pouze pro pobavení publika, zatímco druhý na politické scéně, k cílené manipulaci.

Demokrat a reformista

Jednak pochopitelná nenávisť Gustáva Husáka k Antonínu Novotnému, jednak příznivá politická situace začátkem roku 1968 přispěly k tomu, že se Husák dočasně mohl stát velmi nadšeným a agilním dubčekovským reformátorem – stejně jako byl předtím velmi nadšeným a agilním stalinistou v období do roku 1951 a stejně jako se stal po odstranění Dubčeka v roce 1969 velmi nadšeným normalizátorem a brežněvovským neostalinistou.

Vladimír Kadlec v této souvislosti vznesl otázku – kdo to tedy vlastně byl? „Byl Husák stalinistou, který jako odpůrce Novotného a jeho politiky z oportunismu (dočasně) opustil stalinistický model? Nebo byl reformátorem, který pod maskou stalinistického politika čeká na příležitost stát se (dočasně) reformátorem? Nebo z oportunismu opustil roli reformátora, aby se stal normalizátorem, neostalinistickým brežněvovcem, ale pak – po téměř 20 letech normalizátora – se ještě přihlásil ke gorbačovským reformistům, když v březnu 1987 vzal poprvé po 18 letech do úst slovo ‚reforma‘? A byl skutečným zastáncem Gorbačovovy perestrojky, nebo jím byl jen na papíře, aby se udržel u moci? Nebo snad na Husáka platí jeho vlastní slova, když v jednom svém článku v roce 1968 tvrdil: Vždy je dost lidí, kteří jsou k moci a výhodám přitahováni jako mušky ke světlu.“ Z dnešního pohledu je pro charakteristiku Gustáva Husáka asi nejvýstižnější poslední Kadlecova citace – nepochybně byl další obětí *hybris syndromu*. Přesto ho později spisovatel Milan Kundera pojmenuje „prezidentem zapomnění“ („Kniha smíchu a zapomnění“).

Husákovou největší předností byla nepochybně vytrvalost, typická i v jiných oblastech činnosti. V roce 1971 se postupně propracoval až na post generálního tajemníka ÚV KSČ, zprvu vystupoval velmi proreformně a produbčekovsky. Již jako místopředseda vlády také schválil „Akční program KSČ“ s jeho základními principy „socialismu s lidskou tváří“. Jestliže ale na jaře 1968 například horoval proti uzavření hranic, už na podzim téhož roku prohlašuje, že „státní hranice není korzo, aby si po něm každý chodil, jak chce“. Neučinil

zkrátka nic z toho, co v roce 1969 sliboval.

Fascinace králíka před kobrou

Velmi brzy po srpnové okupaci tedy Husák „prozřel“ a hbitě se připojil k soudruhům, kteří vojenskou intervenci přivítali. Tak se z velkého reformátora stal velkým normalizátorem. „Názorový obrat nemusí mít vždy odpudivou tvář, ale má ji, když důvodem není především nové poznání, nýbrž strach.“ (Eva Kantůrková) Tedy i strach ztratit moc a vysokou politickou funkci. Lubomír Štrougal opět vystupuje jako obhájce Husáka, když ve svém osobním svědectví ze všeho viní „dogmatickou skupinu ve složení Bílak, Indra, Jakeš, Kempný, Hoffmann, Fojtík a často se přimknouví Lenárt“. Ti údajně vypracovali materiál nazvaný „Poučení z krizového vývoje“ a přes Husákovu „tvrdu kritiku“ jej prezentovali v Moskvě. Také prý oslabovali a deformovali vládnoucí aktivitu v ČSSR po celé dvacetiletí... To ovšem musí posoudit právě objektivní práce historiků.

Co ale dodat k tomu, když se Husák jako nadšený produbčekovský reformátor, který ještě 28. 8. 1968 ve velmi emotivním projevu sděluje: „Když padne Dubček, půjdu i já“, už v roce 1969 stává Dubčekovým nepřitelem a naopak Brežněvovým vedoucím normalizátorem. V projevu na ÚV KSČ 26. 9. 1969 pak národu sděluje: „Když zjistím, že věci stojí jinak, tak měním stanovisko. To není převlékání kabátů.“ Jak ale dodává Vladimír Kadlec, „nesmí to být často a ne v zásadních názorech. U vedoucího politika, který pak stejně důrazně hájí názory naprosto protichůdné těm, které zprvu zastával, vzniká nebezpečí, že ztratí důvěru lidí. Jestliže po takovém přemetu neodstoupí z vedoucího místa, bude podezříván i z nepoctivých motivů při své (třeba i logicky vysvětlitelné) piruetě... Jak krásný je to eufemismus, nazvali Husák noční vpád asi 500 tisíc vojáků a 4 tisíc tanků do spojené země a únos ústavních činitelů ‚srpnové události‘.“

Neblahé dědictví Husákovy normalizace

V roce 1975 byl Gustáv Husák (po změně ústavy) zvolen prezidentem. Mnohé z toho, co kritizoval na vládnutí Antonína Novotného, se během jeho normalizační éry nejen opakovalo, ale dále zhoršovalo. Vůči politice Novotného byl přehnaně kritický, vůči svému normalizačnímu období zcela nesebekritický. Obdivuhod-

nou vytrvalost prokázal i v případě spojení obou nejvyšších funkcí (přesně to, co předtím plamenně kritizoval u Novotného) – shodou okolností oba v těchto „kumulovaných funkcích“ setrvali 12 let (odvolán z funkce generálního tajemníka ÚV KSČ byl až v prosinci 1987, právě v době, kdy se snažil přestrojít za reformátora à la Gorbačov). Kritiku svých osobních omylů a chyb hodnotil (stejně jako kdysi Novotný) jako zpochybňování socialismu. Rozdíl je však v tom, že Novotný na konci své éry v 60. letech autory kritik existenci neustretal. Husák sice prohlašoval: „Jsme dobrovolná politická organizace... nikomu nebudeme ubližovat, jestliže naše řady opustí.“ Ve skutečnosti muselo dle Vladimíra Kadlece „po masových prověrkách mnoho odborníků odejít ze svých profesí, doslova zmizet z očí, vysokoškolačci byli přinuceni žít se mytím oken, jako skladníci nebo topit v kotelnách. Jejich děti nesměly studovat ani na středních školách, byly jim odebrány pasy, telefony, řidičské průkazy apod.“ Neslavné dědictví Husákovy normalizační etapy zahrnuje hospodářský úpadek, krizové jevy, destabilizaci ekonomické základny celého společenského zřízení – včetně pracovní demoralizace a pokleslé disciplíny. Pokud se zaměříme na zdravotnictví, pak nejvýmluvněji charakterizuje tehdejší situaci článek uveřejněný v Rudém právu 28. 6. 1989: „Zatímco ještě v 50. letech zaujímala ČSSR ve zdravotnictví jedno z předních míst v Evropě, dosahuje v současné době jen průměrných hodnot. Např. zatímco střední délka života mužů byla v roce 1986 u nás jen 67,4 roku, pohybovala se ve vyspělých kapitalistických státech od 70,4 (Belgie) do 73,8 roku (Švédsko), byla

tedy u nás o 5 až 9,5 % kratší. Podle střední délky života zaujímala ČSSR ještě v polovině 60. let 13. místo na světě. V první polovině 80. let je již na posledním místě mezi 27 evropskými zeměmi. Některé ukazatele jsou dnes dokonce nepříznivější než v první republice. Celková nemocnost obyvatel nad 18 let se během normalizace (1970–1985) zvýšila u mužů o 30 % – též jako důsledek zhoršeného životního prostředí.“

Další neslavný odchod

Za Gorbačova moc už tak sladce nechutnala. Je s podivem, že Husák ani v této době nepožádal o odchod sovětských vojsk – možná se domníval, že jde opět jen o přechodnou „demokratickou úchylku“. Husákovy chyby nelze omlouvat ani tím, že nerozuměl ekonomice. Podle Vladimíra Kadlece „měl k dispozici tým velmi kvalifikovaných ekonomů. Jenže se ve své pyšce cítil povznesen nad jakoukoli odbornou kritiku.

Gustáv Husák ve funkci prvního tajemníka ÚV KSČ působil plných 18 let (1969–1987), v délce prezidentské kariéry (1975–1989) ho sice (o tři roky) předstihl T. G. Masaryk, za určité prvenství však lze označit okolnosti, které předcházely Husákovu vstupu na Hrad (doplňk k ústavě). Vynucená abdikace Gustáva Husáka na funkci prezidenta v prosinci 1989 už nikoho nepřekvapila. Svůj úřad opouštěl jako nemocný člověk. Podle historika Jiřího Pernese také od 1. 1. 1990 zůstal bez příjmu a až od 1. 5. 1990 mu byl přiznán starobní důchod ve výši 3800 Kč.

Asketa podléhající emocím

Co se týče zdravotního stavu Gustáva Husáka, jeho sekretářka Josefína Darašová (pracovala u něj

v letech 1969–1974) o něm tvrdila, že byl pracovitý a asketický solitér, který večeřel zásadně párky a kouřil jednu cigaretu za druhou. Prvním šokem (patrně větším než vězněním) pro něj byl odchod jeho první ženy Magdy, která nečekaně zemřela v padesáti letech na mozkové aneurysma. Jak uvádí jeho syn Vladimír, „otec to nesl velmi těžce, říkal mi, že byla největší láskou jeho života“.

V roce 1973 se Husák podruhé oženil s novinářkou a tlumočnicí Vierou Millerovou (údajně na doporučení Brežněva, kterému se zalíbila při návštěvě v Kremle). Jako „první dáma“ ale byla hodnocena velmi pozitivně, zejména pro svou skromnost. Čtyři roky po svatbě ovšem následovala další tragédie. Viera zahynula při převozu vrtulníkem z Bardejovských Kúpeľov do nemocnice – kvůli zlomené ruce. Pilot ignoroval špatné povětrnostní podmínky a zřítel se v kukuřičném poli... nepřežil nikdo. Trvalo tři měsíce, než se Gustáv Husák z tohoto otřesu vzpamatoval.

V roce 1978 se u něj dostavil první úder mozkové mrtvice (údajně byla zasažena pohyblivost levého ramene, doprovázena silnými bolestmi). Zdravotní stav byl na jeho pokyn přísně tajen. Kupodivu se ale velmi rychle zotavil. Druhý záchvat mozkového iktu není přesně datován. Po této příhodě se mu však rovněž zhoršil zrak a musel se podrobit oční operaci.

Do velkých depresí se zřejmě dostal poté, co jej soudruzi v roce 1987 sesadili z funkce generálního tajemníka. V té době byl zcela izolován, většinu času trávil v opuštěných prostorách Hradu nebo v Lánech. Jak uvádějí jeho současníci, „jen seděl v místnosti a ani nic nečetl“ (Štrougal) nebo „se jen tak koukal do zdi – patrně šlo o určitý druh simulace pobytu ve vězeňské cele, kterou si promítal“ (Havel). Prý si dokonce nechal přede dveřmi pochodovat stráž, jako kdysi v leopoldovské věznici...

Třetí úder nemoci nastal koncem března 1989, tedy v době, kdy se začal uchylovat do samoty. Byl tehdy sám v „zahradním domku“ na Hradě, kde jej našli až ráno nehybně ležícího pod otevřeným oknem. Léčení a rekonvalescenci ztěžovalo jeho silně prochlazení.

Gustáv Husák dožil ve své vilce v Bratislavě, kde o něj pečovala hospodyně Helena Kyselíková (pomáhala u Husáků od konce 30. let, kdy se oženil s bratislavskou intelektuálkou a herečkou Magdou Lokvenčovou). Smrt hlavní tváře československé normalizace přišla 18. 11. 1991. Pochován byl v rodinném kruhu, bez státních poct.



Jeho novoroční projevy prokládané slovakismy ještě mnozí máme v živé paměti...

Sestra roku 2011

Slavnostní předání ocenění XII. ročníku soutěže „Sestra roku“, kterou vyhlásila redakce odborného časopisu Sestra z vydavatelství Mladá fronta, proběhlo 28. února 2012 v prostorách Paláce Žofín v Praze.

Záštitu nad oceněním i letos převzala Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97 a primátor Hlavního města Prahy doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc. Odborným garantem bylo Ministerstvo zdravotnictví ČR, přítomen byl ministr doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.

Vítězky a vítěz

Ocenění Sestra roku 2011 bylo uděleno ve třech kategoriích: Sestra v nemocniční a ambulantní péči, Sestra v sociální péči a Sestra ve výzkumu a vzdělávání.

• Vítězkou v kategorii „Sestra v nemocniční a ambulantní péči“ se stala Mgr. Věra Suchá

z neurologického oddělení Oblastní nemocnice Kolín.

• V kategorii „Sestra v sociální péči“ získala první místo **Helena Nosková** z Hospicového hnutí – Vysočina, o. s., Středisko hospicové péče Nové Město na Moravě.

• V kategorii „Sestra ve výzkumu“ a vzdělávání zvítězil odborný asistent Ústavu společenských a humanitních věd FZV UP v Olomouci **Mgr. et Bc. Jan Chrastina**.

• Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství bylo *in memoriam* uděleno hlavní sestře Vojenské nemocnice Brno Evě Kvasnicové.

• Cenu „Sestra mého srdce“ získala **Mgr. Věra Suchá**.

Poděkování všem sestřím

Z množství přihlášek v jednotlivých kategoriích vybrala v prvním kole nezávislá porota složená ze sester, zástupců profesních a odborných organizací v každé kategorii tři finalisty. Druhé kolo a finále celé soutěže proběhlo v rámci slavnostního večera na Žofíně, kdy o vítězích jednotlivých kategorií rozhodovala druhá porota, v níž zasedly mimo jiné významné osobnosti z oblasti lékařství a ošetrovatelství. Post předsedkyně poroty přijala prezidentka České asociace ses-

ter a ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice Praha Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA.

Soutěž „Sestra roku“ je koncipována jako poděkování sestřím za jejich vytrvalou a obětavou práci, a to nejen vítěžkám, finalistkám a nominovaným, ale také všem ostatním. Cílem ocenění je po-

zvednout prestiž a uznání tohoto nelehkého povolání.

V průběhu večera, který byl zpestřen hudebním vystoupením Petra Koláře, byla vítězům předána ocenění, jejichž součástí jsou i hodnotné dary. Večerem provázeli moderátoři Gabriela Partyšová a Tomáš Krejčíř.

(eta)



Vítězové všech kategorií s ministrem zdravotnictví ČR. Zleva: Jan Chrastina, Věra Suchá, Leoš Heger, Helena Nosková a Pavel Kvasnica.



Hosté večera. Zleva: profesor Cyril Höschl, PhDr. Jiřina Šíková a docent Bohuslav Svoboda.



Předsedkyně poroty Dana Jurásková přichází s výsledky.



Ředitel divize Medical Services Mladá fronta a. s. MUDr. Martin Hofman předává ocenění vítězi kategorie „Sestra ve výzkumu a vzdělávání“ Janu Chrastinovi.



Předání Čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství Evě Kvasnicové *in memoriam*. Zleva: PhDr. Jiřina Šíková, šéfredaktorka časopisu Sestra Mgr. Martina Pelikánová, manžel oceněné Ing. Pavel Kvasnica a marketingový ředitel společnosti HARTMANN-RICO Ing. Stanislav Jančík.



Předání ocenění „Sestra mého srdce“. Zleva: jednatel společnosti Melissa Travel Ivan Baranič, ředitel skupiny zdravotnictví 3M Česko Ing. Jan Kočárek, vítězka Mgr. Věra Suchá a generální ředitel Mladé fronty a. s. Ing. David Hurta.

Křeslo pro „chudou šlechtičnu“

O skutečně nevšední zážitek se poslední únorové pondělí postarala onkoložka **doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.**, která usedla do „Křesla pro Fausta“ jako již 161. host moderátora tohoto diskusního odpoledne Jaroslava Hořejšího.

Docentka Tesařová působí na Onkologické klinice 1. LF UK a VFN Praha, kde se specializuje na karcinom prsu a možnosti jeho léčby. Kolem onkologie se točila většina debaty. Onkologie je multidisciplinární obor, v němž se za posledních dvacet let hodně změnilo. Podářilo se jí alespoň částečně destigmatizovat – jak řekla doc. Tesařová, už to není „vypolstrovaný předpokoj před krematoriem“.

Karcinom prsu dnes není důvodem k úmrtí, je však nezbytné léčbu zahájit včas. Terapie je ovšem velice drahá, proto se bohatě vyplatí screening. Bohužel jej využívá pouze 51 % žen nad 45 let. Výskyt karcinomu je vyšší vlivem mnoha faktorů. Působí zde hormonální vlivy – matky rodí v pozdějším věku, dívky užívají hormonální antikoncepci od 15 let, kromě těhotenství prakticky celý život, po menopauze

je pak předepisována substituční hormonální terapie, mnoho žen prošlo intenzivní hormonální přípravou pro fertilizaci *in vitro*, rizikovými faktory jsou také obezita a alkohol. Důležité je sledovat genetické faktory, proto se pracuje na tvorbě registru žen s genetickým rizikem vzniku karcinomu prsu.

Zneužívání lékařů

Petra Tesařová je také známou

odpůrkyní regulačních poplatků. V onkologii jsou podle ní obzvláště neetické a v tomto oboru neplní žádnou regulační funkci. Nelíbí se jí ani situace, kdy je lékař nucen „lékařským pláštěm své odbornosti přikrývat neschopnost zdravotních pojišťoven“. „Odpovědnost za léčbu, tedy rozhodnutí, jaká terapie bude pro pacienta zvolena, by měla ležet na bedrech ZP či politických představitelů, ale určitě ne na lékaři. Není správné, že je mezi pacienta a pojišťovnu vtahován lékař, aby nemocného informoval o tom, jakou léčbu je pojišťovna schopna a ochotna zaplatit. Je to zneužívání lékařů,“ zlobí se onkoložka.

Možná nevíte, že docentka Tesařová pochází ze staré šlechtické rodiny. „Pečet našeho rodu je na listu za propuštění Mistra Jana Husa z Kostnice. Manžel (*profesor nefrologie Vladimír Tesař – pozn. red.*) si mě vzal jako chudou šlechtičnu a tak už to asi zůstane. Po Bílé Hoře



Foto: Vladimír Brada

žádné restituce nebyly... Když si to tak uvědomím, mohla jsem ale dopadnout mnohem hůř, protože od mládí jsem trpěla intenzivním ‚spasitelským komplexem‘,“ uzavřela své vyprávění.

(eta)

Seminář Fyziologická regulační medicína v pediatrii

Společnost Edukafarm ve spolupráci s Českou lékařskou komorou pořádá v Brně a Praze odborný seminář Fyziologická regulační medicína v pediatrii na téma „Nízké dávky pro malé pacienty = bezpečné a účinné dávky“.

Odborným garantem semináře je MUDr. Jiří Slíva, Ph.D., z Ústavů farmakologie 2. a 3. LF UK v Praze. Seminář je zařazen do celoživotního vzdělávání ČLK a účast na něm je ohodnocena kredity.

Program:

- Homeostáza dětského organismu a způsoby jejího udržení (Dr. Alessandro Perra, vědecký sekretář International Academy PRM, Itálie)
- Klinické zkušenosti pediatra v oblasti alergie u dětí (MUDr.

Antonello Arrighi, pediatr, Montevarchi, Arezzo, Itálie)

- Zkušenosti s léčbou infekčních onemocnění s využitím FRM v pediatrii (MUDr. Antonello Arrighi)

Termíny a místa konání:

26. 3. – Hotel International, Husova 16, Brno
27. 3. – Autoklub ČR, Opletalova 29, Praha 1

Přihlášky a další informace: www.edukafarm.cz

(red)

Mocná příroda a (ne)mocný člověk

V Akademickém klubu 1. LF UK byla slavnostně pokřtěna kniha „Zdraví a přírodní podmínky“. Publikace s podtitulem „Medicína a geologie“ přináší informace z rychle se rozvíjejícího oboru medicínské geologie.



Zleva: **doc. Bohuslav Svoboda, Ing. Pavel Linhart, prof. Vladimír Bencko.** | Foto: Leoš Chodura

Kniha, jejímiž hlavními autory jsou prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc., doc. MUDr. Jaroslav Novák, CSc., a prof. RNDr. Miloš Suk, DrSc., se zabývá vztahy mezi geologickým prostředím a zdravím lidí. Kmotry knihy byli pražský primátor doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc., a Ing. Pavel Linhart, ředitel nakladatelství Dolín, které publikaci vydalo.

Výzva ke spolupráci

Geologie se může zdát na hony vzdálená lidskému zdraví, ale vý-

sledky výzkumů ukazují, že složení hornin, minerálů a obsah chemických prvků v okolním prostředí jej významně ovlivňují. Země a jejím jednotlivým složkám – geosféře, hydrosféře, biosféře a atmosféře – vděčíme za svou existenci. Látkové složení a procesy v jednotlivých „sférách“ Země dlouhodobě ovlivňují naše zdraví a životy. Zdroje potravin závisí na půdě, rozvoj civilizace

na nerostných surovinách, život všech živočichů včetně člověka je nemyšlitelný bez vody...

Medicínská geologie je velkou výzvou k široké interdisciplinární vědecké kooperaci mezi geovědnými specialisty, ekology, toxikology, patologií i specialisty na lékařskou geografii. Kniha „Zdraví a přírodní podmínky“ je zdařilým výstupem jejich spolupráce.

(j)

Beskydský pediatrický den

Česká pediatrická společnost ČLS JEP pořádá 23. března sympozium lékařů a sester „Beskydský pediatrický den“. Konat se bude v hotelu Hukvaldy nedaleko Frýdku-Místku.

Témata se týkají oblastí pediatrie aktuálních pro lékaře i sestry (řízená hypotermie v léčbě hypoxicko-ischemické encefalopatie, úskalí péče o fyziologického novorozence, kritické vrozené srdeční vady, herpetické infekce, očkování předčasně narozených dětí, bolesti hlavy v dětství, epidemie autismu

a další aktuální témata). Odborné akce zajišťuje prim. MUDr. Ivana Röschlová z dětského oddělení Nemocnice Frýdek-Místek.

Na základě účasti na akci lékaři i sestry obdrží potvrzení s přiznáním kreditních bodů. Přihlášky *on-line*, informace a program:

www.bos-congress.cz/bpd2012 (red)

Pozvánka na XIX. luhačovické dny

Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP a Lázně Luhačovice, a. s., pořádají další ročník již tradiční konference „Luhačovické dny“, která letos proběhne ve dnech 30.–31. března 2012.

Odborný program lékařské sekce:

- Funkční vyšetření plic
- Dušnost z pohledu pneumologa
- Klinické vyšetření v alergologii
- Obtížně léčitelné astma
- Plicní hypertenze
- Varia

Sesterská sekce:

- Ošetrovatelská péče o pacienty s respiračními chorobami

Více informací:

<http://lazneluhaovice.cz/luhadny>

(red)

Kalendář akcí odborných lékařských společností – duben 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.

Prevence a léčba obezity v lymfologické praxi

Etiopatogeneze, typy, diagnostika a komplexní léčba obezity, nordic walking (praktická ukázka pohybových režimů), prevence a léčba lipedému, nutriční intervence, praktický výcvik (diagnostika obezity a sestavení jídelního plánu)

31. 3. – 1. 4. 2012/Zlenice

Místo konání:

Penzion Sázavka, Lštění-Čerčany

Pořadatel:

Prevence 2000, spol. s r. o.

Kontakt: www.lympho.cz

33. imunoanalytické dny 12. mezinárodní konference CECHTUMA 2012

1.–3. 4. 2012/Ústí nad Labem

Místo konání: Best Western

Hotel Vladimír

Pořadatelé: sekce imunoanalytických metod České společnosti nukleární medicíny ČLS JEP, Česká endokrinologická společnost ČLS JEP, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, sekce laboratorní imunologie České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, LF UK a FN Plzeň, Technologické centrum Akademie věd ČR, European Group for Tumor Markers (EGTM), European Association for Predictive, Preventive & Personalised Medicine (EPMA)

Kontakt: MUDr. Šárka Svobodová,

Ph.D.; tel.: 607 248 611;

e-mail: s.svobodova@volny.cz;

www.imunodny.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

2. 4. 2012/Zlín

Místo konání: aula Střední zdravotnické školy, Příluka

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Parazitologie – seminář

3. 4. 2012/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

Kontakt: www.sem-cls.cz

Moderní metody polyfázové identifikace bakterií

3. 4. 2012/Praha



Ilustrační foto: Shutterstock

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP

Kontakt: www.splm.cz

Pražský dermatologický seminář

4. 4. 2012/Praha

Místo konání:

Syllabova posluchárna 3. LF UK

Pořadatel: Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady

Kontakt:

e-mail: dermassec@fnkv.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

4. 4. 2012/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Vědecká schůze Psychiatrické společnosti ČLS JEP

4. 4. 2012/Praha

Místo konání: Vondráčkova posluchárna Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11

Pořadatel:

sekce poruch příjmu potravy Psychiatrické společnosti ČLS JEP

Kontakt:

www.ceskapychiatrie.cz

Večer Chirurgické kliniky LF UK a FN Plzeň

Cévní problematika

4. 4. 2012/Plzeň

Místo konání: knihovna chirurgické kliniky, 5. patro, vchod C

Pořadatel: Chirurgická klinika LF UK a FN Plzeň, Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni

Kontakt: www.fnplzen.cz/kliniky/chk/seminar.htm

Vědecká schůze Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP

Užívání návykových látek ve „skrytých“ skupinách se zaměřením na etnické menšiny, zdravotně postižené a ženy

4. 4. 2012/Praha

Pořadatel: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

Kontakt: <http://snncls.cz>

7. mezinárodní konference o radioterapii

Nejnovější trendy radioterapie, stereotaktické radioterapie, radiochirurgie a brachyterapie

4.–5. 4. 2012/Praha

Místo konání: Kongresový sál Nemocnice Na Homolce

Pořadatel: oddělení lékařské fyziky Nemocnice Na Homolce, Transkontakt – Medical, s. r. o.

Kontakt: e-mail:

symposium@medicaltk.com;

<http://srobf.cz>

Seminář Oční kliniky 1. LF UK a VFN

Nejčastější nitrooční nádory – klinické nálezy a možnosti terapie

5. 4. 2012/Praha

Místo konání:

posluchárna oční kliniky

Pořadatel: Oční klinika 1. LF UK a VFN Praha

Kontakt: <http://ocni.lfi.cuni.cz>

HPV – Právo – Alergie a astma

HPV – proč a koho očkovat, právní problematika v praxi pediatra, co s alergikem v ordinaci dětského lékaře

5. 4. 2012/Jihlava

Místo konání:

Hotel Gustav Mahler

Pořadatelé: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Kontakt: www.ahou.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

5. 4. 2012/Ústí nad Labem, Liberec

Místa konání: Best Western Hotel Vladimír (Ústí nad Labem), Clarion Grandhotel Zlatý lev (Liberec)

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Školení primářů neurologie 20

Sekundární prevence cévní mozkové přílohy, neurogenetika, dystonie

10.–11. 4. 2012/Kunětická Hora

Místo konání:

Golf Resort Kunětická Hora

Kontakt:

www.mhconsulting.cz

Self-management

11. 4. 2012/Plzeň

Místo konání: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Lochotín

Pořadatelé: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

Kontakt: www.fnplzen.cz

Večer 1. interní kliniky LF UK a FN Plzeň

11. 4. 2012/Plzeň

Pořadatelé: 1. interní klinika LF UK a FN Plzeň, Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni

Kontakt: www.fnplzen.cz/dokumenty/vzdelavani/plan_sl_12.pdf

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

11. 4. 2012/Litomyšl

Místo konání:

Hotel Zlatá Hvězda

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Nejedlého Kladno

11. 4. 2012/Kladno

Místo konání:

Kongresový sál Hotelu Kladno

Pořadatelé: oddělení klinické biochemie Oblastní nemocnice Kladno, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP

Kontakt: MUDr. Michal Frajer;

tel.: 312 606 325, 312 606 330;

e-mail: m.frajer@email.cz;

okbh.kladno@volny.cz;

www.cskb.cz

Konference SPLDD ČR

12. 4. 2012/Praha

Místo konání: Hotel Olympik

Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Kontakt: www.detskylekar.cz

Kazuistiky – seminář

12. 4. 2012/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel:

Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

Kontakt:

MUDr. Dalibor Jílek, CSc.;

tel.: 477 751 801;

e-mail: dalibor.jilek@zuusti.cz;

www.csaki.cz

Setkání hrudních chirurgů

12. 4. 2012/Pardubice

Pořadatelé:

chirurgické oddělení Pardubické krajské nemocnice, Česká chirurgická společnost ČLS JEP

Kontakt:

doc. MUDr. Jiří Šiller, Ph.D.;

e-mail: jiri.siller@nemocnice-pardubice.cz;

www.chirurgie.cz

Magnetická rezonance prsu – seminář

Obecná charakteristika MRI vyšetření prsu, základní sekvence, základní protokoly, hodnocení MRI obrazu prsu, indikace MRI prsu, STX biopsie pod MRI kontrolou

12. 4. 2012/Brno

Místo konání: Masarykův

onkologický ústav (MOÚ)

Pořadatel: radiodiagnostické oddělení MOÚ

Kontakt:

MUDr. Helena Radoňková;

tel.: 543 136 010, 543 136 000;

www.crs.cz; www.symma.cz

Laserový seminář

12. 4. 2012/Praha 6

Místo konání: rezidence

velvyslanec USA, Praha 6

Pořadatelé: Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Datura, s. r. o.

Kontakt:

e-mail: teo@teoconsult.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Operační léčba dysplastické koxartrózy

Seminář Revmatologického ústavu Praha

12. 4. 2012/Praha
Místo konání: zasedací místnost Revmatologického ústavu, Na Slupi 4
Pořadatel: Revmatologický ústav Praha
Kontakt: www.revmatologicka-spolecnost.cz

13th annual NATA symposium

12.-13. 4. 2012/Kodaň, Dánsko
Pořadatel: Network for Advancement of Transfusion Alternatives (NATA)
Kontakt: www.nataonline.com

22. workshop pracovní skupiny intervenční kardiologie ČKS

12.-13. 4. 2012/Průhonice u Prahy
Místo konání: Kongresové centrum Floret
Pořadatel: pracovní skupina intervenční kardiologie České kardiologické společnosti
Kontakt: www.cksonline.cz

13. kongres sekce gynekologické endoskopie SGPS SLS

12.-13. 4. 2012/Liptovský Mikuláš
Místo konání: Tatralandia
Pořadatel: sekcia gynekologické endoskopie Slovenskej gynekologicko-pôrodnické společnosti SLS
Kontakt: www.sgps.sk

Psychodynamické přístupy u hraničních a narcistických poruch

Demonstrace na modelové kazuistice – diskuse, současné psychodynamické a psychoanalytické přístupy
 13. 4. 2012/Praha
Místo konání: sídlo České psychoanalytické společnosti, Řehořova 10
Pořadatelé: Česká psychoanalytická společnost, Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.psychoterapeuti.cz

21. jarní setkání – Loket 2012

Pokroky v léčbě nemocných s karcinomem pankreatu
 13. 4. 2012/Loket nad Ohří
Místo konání: Hrad Loket
Pořadatelé: Chirurgická klinika 2. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice Praha, Česká chirurgická společnost ČLS JEP, Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP
Kontakt: Radka Schrötterová;

tel.: 973 202 901; e-mail: radka.schrotterova@uvn.cz; www.chirurgie.cz

Pokroky ve výživě novorozenců

Prevence nekrotizující enterokolitidy, farmakoterapie při kojení, praktický postup – GER v pediatrii, mateřské mléko a jeho vliv na imunitu v novorozeneckém věku
 13. 4. 2012/Praha
Místo konání: Hotel Clarion
Pořadatelé: novorozenecké oddělení s JIP Thomayerovy nemocnice Praha, Neonatologická společnost ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Iva Burianová; e-mail: iva.burianova@ftn.cz; MUDr. Magdalena Paulová, CSc.; e-mail: magdalena.paulova@ftn.cz; www.ftn.cz

18. pracovní den sekce technologicko-ošetrovatelské ČSNM a ČAS

13. 4. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatelé: Česká společnost nukleární medicíny ČLS JEP (ČSNM), ČAS
Kontakt: www.csnm.cz

Self-management

13. 4. 2012/Plzeň
Místo konání: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Bory
Pořadatelé: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR
Kontakt: www.fnplzen.cz

21. šumperské dny alergologie a klinické imunologie

Imunolog na nadějných rozcestích a ve slepých uličkách
 13.-14. 4. 2012/Kouty nad Desnou
Místo konání: Hotel Dlouhé Stráně
Pořadatelé: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP (ČSAKI), alergologická a imunologická ambulance v Šumperku
Kontakt: MUDr. Pavel Brož; tel.: 588 517 933; e-mail: ambulance@alergologiesumperk.cz; www.alergologiesumperk.cz

39. sjezd Společnosti českých patologů ČLS JEP

15. seminář mladých patologů
 13.-14. 4. 2012/Litomyšl
Místo konání: Zámek Litomyšl
Pořadatel: Společnost českých patologů ČLS JEP
Kontakt: www.patologie.info

9. sjezd Sdružení ambulanti dermatologů ČR

Indikace laboratorních biochemických, histopatologických a mikrobiologických vyšetření, racionální využití počítačů v ordinaci – dermatologie v obrazech, ikonografie z našich praxí
 13.-14. 4. 2012/Pardubice
Místo konání: Dům Techniky Pardubice
Pořadatel: Sdružení ambulanti dermatologů ČR
Kontakt: MUDr. Helena Kestřánková; e-mail: kestrahe@gmail.com; www.sadcr.com

Futurum Ophthalmologicum

13.-14. 4. 2012/Bělohrad
Místo konání: Anenské lázně
Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP
Kontakt: prof. MUDr. Pavel Rozsival, CSc.; e-mail: rozsival@lfhk.cuni.cz; www.oftalmologie.com

6. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP

13.-15. 4. 2012/Praha
Místo konání: Slovanský dům, Na Příkopě 22
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

13. moravský pneumologický mezikrajský seminář

13.-15. 4. 2012/Zlín
Pořadatel: Česká pneumologická a fúzeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz/akce/2012

Severočeské sympozium gynekologů zabývajících se ultrazvukovou diagnostikou

13.-15. 4. 2012/Louny
Místo konání: Vrchlického divadlo
Kontakt: www.bos-congress.cz

10. celostátní konference o sekundární osteoporóze

Diagnostické metody, terapeutické guidelines, osteoporóza postmenopauzální, renální, endokrinní, indukovaná glukokortikoidy, nutriční a gastrointestinální, vzdělávání v oboru Klinická osteologie, zobrazovací techniky – možnosti DXA
 13.-15. 4. 2012/Plzeň
Místo konání: Parkhotel Plzeň
Pořadatel: Společnost pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP, ČAS
Kontakt: www.smos.cz

11. konference o dětské pneumologii

Závažné stavy v dětské pneumologii (tromboembolická choroba a dětská plíce, intersticiální plicní procesy u dětí, neuromuskulární choroby a respirační systém, transplantace plic), zobrazovací metody v dětské respirační medicíně (HRCT, MRI, sonografie, intervenční radiologie), kazuistiky
 14. 4. 2012/Praha
Místo konání: Hotel DAP
Pořadatelé: Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP, Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol Praha
Kontakt: http://amca.cz/pneu2012

Kurz lymfotapingu

14. 4. 2012/Praha
Místo konání: Centrum preventivní medicíny, Londýnská 59
Pořadatel: Prevence 2000, spol. s r. o., Lympho-opt Klinik Pommelsbrunn
Kontakt: www.lympho.cz

Vzdělávací seminář OSPDL ČLS JEP

14. 4. 2012/Plzeň
Místo konání: Šafránkův pavilon
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Konference SPLDD ČR a vzdělávací seminář

14.-15. 4. 2012/Opava
Místo konání: Slezská univerzita Opava
Pořadatelé: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD) a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

7. konference imunologických laborantů

16. 4. 2012/Pardubice
Místo konání: kongresový sál hotelu Labe
Pořadatel: sekce imunologických laborantů České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP (ČSAKI)
Kontakt: Olga Jůzová; tel.: 605 922 414; e-mail: o.juzova@volny.cz, juzova@fnkv.cz; www.csaki.cz

Velké slinné žlázy – workshop

16.-17. 4. 2012/Ostrava
Místo konání: ORL klinika FNO
Pořadatel: Otorinolaryngologická klinika LF OU a FN Ostrava
Kontakt: doc. MUDr. Pavel

Komínek, Ph.D.; e-mail: pavel.kominek@fno.cz; tel.: 597 375 801, 597 375 812; www.fno.cz

Krajský dermatovenerologický seminář

17. 4. 2012/Jihlava
Pořadatel: dermatovenerologické oddělení Nemocnice Jihlava
Kontakt: MUDr. Zuzana Nevorálová, Ph.D.; e-mail: znevoralova@atlas.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Den rodinné terapie

Rodinná terapie a psychosomatická medicína – příklady, kazuistiky, techniky rodinné terapie v psychosomatice
 17. 4. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: sekce rodinné terapie České psychiatrické společnosti, o. s., psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP
Kontakt: e-mail: trapkova@mybox.cz; www.ceskapsychiatrie.cz

Onemocnění dýchacích cest u dětí

17. 4. 2012/Olomouc
Místo konání: Hotel Flora
Kontakt: www.bos-congress.cz

Pracovní den sekce biochemických laborantů ČSKB ČLS JEP

18. 4. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: sekce biochemických laborantů České společnosti klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: Bc. Jana Blažková; tel.: 495 833 377; e-mail: blazkjan@fnhk.cz; www.cskb.cz

Syndrom CAN – kazuistický seminář

18. 4. 2012/Olomouc
Místo konání: posluchárna Hemato-onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc
Pořadatel: oddělení klinické psychologie FN Olomouc
Kontakt: www.fnol.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

18. 4. 2012/Jihlava
Místo konání: presbytář Hotelu Gustav Mahler
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Večer Ústavu lékařské genetiky FN Plzeň

18. 4. 2012/Plzeň
Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni, Ústav lékařské genetiky FN Plzeň
Kontakt: www.fnplzen.cz (sta)

Kateřina Neumannová, Vítěřslav Kolek a kol. Asthma bronchiále a CHOPN

Možnosti komplexní léčby
z pohledu fyzioterapeuta



Rozsah:
172 stran
Cena: 350 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2617-8
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Cílem monografie je rozšířit povědomí o skutečných možnostech dechové rehabilitace jako součásti komplexní nefarmakologické léčby chronické obstrukční plicní nemoci a astmatu, které je v České republice zatím malé.

V úvodu naleznete přehledně uspořádané údaje z anatomie a fyziologie, zdůrazněna je odlišnost dechového systému u malých dětí oproti dospělým. Další kapitoly se věnují kineziologii, chemické regulaci dýchání, funkčnímu vyšetření dechových funkcí a poruchám ventilace. Podrobně jsou zpracovány klinické jednotky *asthma bronchiále* a chronická obstrukční plicní nemoc.

Vedle precizního vysvětlení farmakoterapie jsou popsány zcela nové nefarmakologické způsoby léčby AB a CHOPN se zaměřením na možnosti komplexní rehabilitační léčby. V závěru čtenář najde praktické rady pro klinickou praxi včetně faksimile poukazu na vyšetření/ošetření FT, zásady preskripce pohybové aktivity i nutriční doporučení. Vše je doplněno grafy a bohatou fotografickou dokumentací.

Tomáš Binder, Blanka Vavřínková Těhotná v ordinaci negynekologa



Rozsah:
204 stran
Cena: 350 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2518-8
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Prenatální péče v České republice je sice vyhrazena převážně ambulantním gynekologům, těhotná žena se však často obrací na praktického lékaře nebo odborníky jiných oborů v situacích, kdy se domnívá,

že její potíže s těhotenstvím nesouvisí, nebo o svém těhotenství neví. Pochybení lékaře, které má za následek poškození nebo smrt plodu či matky, je velmi často medializováno a veřejností vnímáno zvláště negativně.

Tato kniha by měla pomoci odborníkům nejrůznějších specializací i mladým gynekologům orientovat se v porodnicko-gynekologické problematice natolik, aby se vyvarovali hrubých chyb, a naopak se zbavili často až přehnaných a neodůvodněných obav z možného poškození plodu, spojeného se zvolenou léčbou. Měla by jim pomoci rozlišit situace, kdy je možné obtíže těhotné ženy řešit ve vlastní režii a kdy je třeba odeslat pacientku ke specialistovi.

V úvodu jsou stručně popsány fyziologické změny v těhotenství a vývoj plodu, následuje kapitola shrnující pravidla prenatalní péče v Česku. Podstatnou část textu tvoří kapitoly týkající se základních onemocnění (v přímé i nepřímé souvislosti s těhotenstvím) včetně doporučené farmakoterapie v těhotenství a šestinedělí. Nechybí ani téma návykových látek, problematika očkování v těhotenství a praktické rady týkající se první pomoci u porodu. Závěrem jsou zodpovězeny otázky pracovní neschopnosti, mateřské dovolené a pracovní právní ochrany těhotné ženy.

Pavel Maňák, Pavel Dráč Osteosyntézy a artrodézy skeletu ruky



Rozsah:
104 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3873-4
Vydavatel:
Grada

Celobarevná postgraduální učebnice se 120 obrázky podrobně pojednává – jako první domácí monografie daného zaměření – o indikacích chirurgické léčby poranění skeletu ruky, metodách a technickém provedení. Detailně jsou popsány i mechanismy, jimiž dochází ke zranění skeletu ruky.

Tato traumata patří k velmi častým, a tak kniha poslouží i jako rychlý návod k řešení akutních situací během pohotovostní služby. Je určena nejen specializovaným traumatologům a ortopedům, ale i plastickým a všeobecným chirurgům.

NOVÉ KNIHY

Vladimír Klaban Ekologie mikroorganismů Ilustrovaný lexikon biologie, ekologie a patogenity mikroorganismů



Rozsah:
549 stran
Cena: 900 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-770-7
Vydavatel:
Galén

Publikace o ekologii mikroorganismů u nás vychází v knižní podobě poprvé. Formou ilustrovaného lexikonu popisuje vlastnosti mnoha důležitých druhů a rodů mikroorganismů nejen ve vztahu k jejich přírodnímu prostředí, ale také k samotnému člověku. Tyto mikroskopické organismy jsou rovněž představeny z hlediska lékařského, přírodovědeckého a zemědělského, včetně jejich technologického využití.

Kniha pojednává nejen o negativním významu mikrobů jako původců různých nemocí člověka, zvířat a chorob rostlin, ale zdůrazňuje i jejich pozitivní úlohu v mnoha základních procesech na naší Zemi, včetně podílu na vývoji složitějších forem jiných organismů. V této souvislosti jsou v textu předloženy různé hypotézy vzniku života na Zemi.

Lexikon – bohatě ilustrovaný mikrofotografiemi a perokresbami – může sloužit jako doporučená nebo pomocná literatura pro vysokoškolské studenty biologických, farmaceutických, lékařských, pedagogických, přírodovědeckých a zemědělských fakult příslušných vysokých škol a univerzit. Užitečné informace v ní najdou pracovníci různých ekologických, mikrobiologických a zemědělských laboratoří specifického zaměření, ale i odborná veřejnost se zájmem o různé aspekty a otázky z biologie a ekologie mikroorganismů.

Tomáš Fait, Michal Vrablík, Richard Česka a kol. Preventivní medicína 2., rozšířené a přepracované vydání



Rozsah:
770 stran
Cena: 995 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-237-7
Vydavatel:
Maxdorf

Publikace jako první v České republice přináší prakticky aplikovatelné poznatky o možnosti prevence v moderní medicíně v celé její šíři. Zdůrazňuje roli praktického lékaře, který může být klíčovým zprostředkovatelem masově individualizované prevence a podpory zdraví. Je k tomu předurčen svými vědomostmi, znalostí pacienta a jeho rodiny, znalostí anamnézy a prostředí, ve kterém žije a pracuje, a schopností posoudit hodnoty a preference pacienta. Totéž platí i pro praktického lékaře-pediatra. Kniha rovněž nabízí přehled současných programů primární a sekundární prevence v jednotlivých oborech, a to jak interních, tak v gynekologii, onkologii, ortopedii, psychiatrii a mnoha dalších.

Martin Vokurka, Jan Hugo a kol. Praktický slovník medicíny 10., aktualizované vydání



Rozsah:
520 stran
Cena: 595 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-262-9
Vydavatel:
Maxdorf

Desáté, rozšířené vydání úspěšného lékařského výkladového slovníku obsahuje více než 11 tisíc hesel a rozsáhlou přílohu normálních laboratorních hodnot. Srozumitelný a přehledný výklad doplněný příklady a ilustracemi umožňuje porozumět tomu, co lékař píše a říká, tj. lékařským zprávám, nálezům apod. Čtenář také získá jistotu jak odborné pojmy vyslovit a jak je používat. K proniknutí do jazyka medicíny dále přispívá přehled a výklad lékařských zkratk a vysvětlení slangových výrazů užívaných zdravotníky. Hesla zahrnují orgány lidského těla, jejich funkce a poruchy, popis několika set nemocí a syndromů, jejich příznaků, lékařských vyšetření a různých způsobů léčby; přibližně 1500 hesel se vztahuje k lékům. Pozornost je věnována zvláště nemocem srdce a cév (infarkt myokardu, *angina pectoris*, vysoký krevní tlak), zhoubným nemocem (nádory, leukemie), cukrovce, nemocem žláz s vnitřní sekrecí, kožním nemocem, ženským nemocem, duševním chorobám (včetně různých závislostí) či poruchám v oblasti sexuality. Významnou oblastí je těhotenství a porod, velký počet hesel se týká vrozených nemocí a poruch. Pouč-

né a zajímavé bývá také vysvětlení původu slov (etymologie), kterým jsou mnohá hesla doplněna.

František Koukolík Lidský mozek 3., přepracované a doplněné vydání



Rozsah:
400 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-771-4
Vydavatel:
Galén

Kniha vznikla jako rozšířené vydání monografie „Lidský mozek“ (2000, 2002), protože vědecký vývoj již z valné části překonal obsah předchozích vydání. Nové vydání, poprvé bohatě ilustrované, popisuje funkční systémy lidského mozku obecně, zrakové, sluchové a taktilní poznávání, paměť, jazyk, praxi, lateralitu, emoce, vědomí a pozornost; závěrečnou kapitolou jsou řídicí funkce. Monografie vznikla na základě autorových přednášek o vztahu mozku a chování, které již téměř dvacet let probíhají na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Je adresována především lékařům, psychologům a filozofům zajímavým se o vývoj kognitivní a afektivní neurovědy.

Martin Jelínek, Petr Květoň, Dalibor Vobořil Testování v psychologii Teorie odpovědi na položku a počítačové adaptivní testování



Rozsah:
160 stran
Cena: 239 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3515-3
Vydavatel:
Grada

Seznamte se se základními principy stále populárnější teorie odpovědi na položku (*item response theory*, IRT). Kniha (první svého druhu v českém jazyce) popisuje výhody, které tato teorie poskytuje ve srovnání s klasickou testovou teorií, a probírá základní stavební kameny IRT – nepoužívané modely, metody odhadu, informační přínos položek a jeho využití pro konstrukci testů. Autoři se zabývají také dalšími tématy vycházejícími z této teorie, jako je například rozpoznání odlišného fungování položek nebo počítačové adaptivní testování.

Dětská alergologie

– poprvé a komplexně

Kolektiv renomovaných autorů pod vedením docenta Víta Petřů zostavil práci, která splňuje vysoké nároky na odbornou úroveň a současně je velmi praktickou pomůckou pro denní klinickou praxi.

Vysoká prevalence alergických onemocnění nutí všeobecných lékařů, ale i lékařů iných specializací, aby sa v tejto oblasti neustále vzdelávali. Oblasť imunológie a alergiológie navyše v posledných rokoch zaznamenala dramatický nárast nových poznatkov, ktoré viedli k zmene niektorých diagnostických a liečebných postupov. Najviac postihnutou populáciou sú deti a z tohto pohľadu je knižná publikácia „Dětská alergologie“ bezpochyby veľmi vítaným a očakávaným dielom. Určite ju ocenia nielen detskí lekári a študenti medicíny (pregraduálni aj postgraduálni), ale aj pracovníci z iných medicínskych špecializácií a zdravotníckych odborov (ošetrovateľstvo, verejné zdravotníctvo apod.), ktorý sa s prob-

lematikou alergie stretávajú pri svojej činnosti.

Kolektiv renomovaných autorů pod vedením doc. MUDr. Víta Petřů, CSc., zostavil práci, ktorá splňuje vysoké nároky na odbornú úroveň a súčasne je veľmi praktickou pomôckou pre dennú klinickú prax. Práca postihuje celú oblasť klinickej alergiológie, od etiopatogenézy cez klinický obraz a diagnostiku až po liečbu a prevenciu. Členená je na všeobecnú a špeciálnu časť. V prvej časti autori uvádzajú aktuálne epidemiologické údaje a trendy, novšie pohľady na vznik a vývoj alergie u detí ako aj obecný pohľad na diagnostiku a liečbu. Špeciálna časť podrobnejšie rozvádza jednotlivé alergické choroby a stavy. Napriek svojim orgánovým špecifikám sú ale

ochorenia prezentované komplexne a alergia je vnímaná ako stav imunitného systému organizmu úzko súvisiaci s ďalšími poruchami, ako sú imunodeficiencie a autoimunita. Pozitívum publikácie vidím aj v tom, že práca vymedzuje priestor odboru klinická alergiológia, čím ho posilňuje a bráni neprimeranej atomizácii v rámci iných medicínskych odborov.

Obsah publikácie je vecný, písaný zrozumiteľným jazykom a je odborné správny vzhľadom na súčasný stav vedomostí. Text dopĺňa prímeraný počet obrázkov, tabuliek a grafov, ktoré sú prehľadné a názorné. Prajem tejto publikácii úspešnú cestu k čo najväčšiemu počtu čitateľov.

doc. MUDr. Peter Čiznár, CSc.

I. detská klinika LF UK a DFNSP Bratislava

Jednotlivé kapitoly špeciálnej časti sú svými autormi spracované veľmi fundovane a podrobne. Preto by som chcela vyzdvihnúť najmä kapitolu o kožných alergiách, jež s vzácnou syntézou dermatologického a imunologického pohľadu na toto ochorenie otvára pro alergology, imunology i pediatri novú úhel nazírání této někdy velice složité problematiky.

Kapitoly o astmatu jsou zpracovány stručně a na podkladě veliké a hluboké zkušenosti s touto, v dětství nejčastější chronickou chorobou. Velice přínosné je zmínění komorbidit a komplikací astmatu i alergické rýmy, včetně gastroezofageálního refluxu a psychogenních vlivů. Na ně je potřeba v diagnostice a přístupu k péči o pacienta vždy myslet.

Velmi důležitou kapitolou je problematika potravinové alergie a anafylaxe, se kterou se bohužel setkáváme stále častěji i u velmi malých dětí. Kapitolu o primárních imunodeficitách považují za významnou, zejména jako důležitou informaci pro pediatri na lůžkových odděleních a praktické dětské lékaře. Bohužel ještě stále se na primární imunodeficity dostatečně nemyslí a děti se k imunolo-



gickému vyšetření a následné péči někdy dostávají pozdě.

Nezmínila jsem vše, vyzdvihla jsem pouze to, co považuji za velmi důležité a co je v nové publikaci opravdu velmi dobře zpracováno. Nic to nemění na důležitém místě celé nové „Dětské alergologie“ v knihovnách dětských praktiků i specialistů, ale i studentů se zájmem o tuto problematiku.

MUDr. Václava Gutová

Ústav imunologie a alergologie LF UK a FN Píseň

Inzerce A121002525



KONFERENCE A SEMINÁŘE PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY

Přihlášky a podrobný program konferencí a seminářů na
www.aesculap-akademie.cz
+420-271 091 666, aesculap-akademie.cz@bbraun.com

Pořádá Aesculap Akademie ve spolupráci a pod záštitou České asociace sester v rámci projektu MZ ČR v koordinaci s IPVZ

Mediálním partnerem je časopis Sestra

PODPOROVÁNO EU'



* Účastnické poplatky jsou při splnění podmínek hrazeny ze zdrojů MZ ČR a ESF EU. Příjemci podpory jsou všichni zdravotníci pracovníci v ČR s výkonem práce mimo území hl. města Prahy.

Témata, termíny a místa konání

- **Onkologická onemocnění z pohledu ošetrovateľské péče**
 - 1. 3. 2012, České Budějovice
 - 15. 3. 2012, Ústí nad Labem
 - 25. 4. 2012, Frýdek-Místek
 - 15. 5. 2012, Znojmo
- **Kardiovaskulární onemocnění z pohledu ošetrovateľské péče**
 - 12. 4. 2012, Ústí nad Orlicí
 - 17. 5. 2012, Mladá Boleslav
 - 23. 5. 2012, Karlovy Vary
 - 5. 6. 2012, Prostějov
- **Cerebrovaskulární onemocnění z pohledu ošetrovateľské péče**
 - 29. 2. 2012, Brno
 - 21. 3. 2012, Jičín
 - 29. 3. 2012, Benešov
 - 3. 4. 2012, Česká Lípa
 - 17. 4. 2012, Kroměříž
 - 7. 6. 2012, Teplice
 - 14. 6. 2012, Třebíč

Vzdělávací akce zahrnuje konferenci a dva semináře



Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborné profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech. e-mail: info@vzdelavani-zdravotniku.cz, www.vzdelavani-zdravotniku.cz

Kolik má být personálu na lůžkovém oddělení?

Existuje předpis, který by upravoval počet členů zdravotnického personálu na lůžkovém oddělení? Zajišťujeme také odpolední, noční a víkendové pohotovostní služby a ve stávajícím obsazení lidově řečeno nestihnáme. Na koho se můžeme obrátit s žádostí o nápravu situace, když nám vedení nemocnice neustále opakuje, že na personální posílení nejsou peníze?



odpovídá
Mgr. Ivan David

zdravotní péče, kterou poskytuje. Dle téhož ustanovení má konkrétní požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení stanovit vyhláška ministerstva zdravotnictví, vydaná po dohodě s Českou lékařskou komorou, přičemž jmenované instituce by následně měly kontrolovat, že je vyhláška skutečně dodržována.

Návrh této vyhlášky byl vypracován, momentálně se však stále nachází v připomínkovém řízení. Jakési „provizorní řešení“ představuje příloha tzv. úhradové vyhlášky z roku 2009, která stanoví požadavky na minimální personální vybavení z hlediska pravi-

del pro vykazování bodů za tzv. ošetřovací den.

Dovolání k inspektorátu práce

V případě nedodržení těchto pravidel pro personální vybavení je jedinou potenciální „sankcí“ pro zdravotnické zařízení neuhrazení příslušného ošetřovacího dne zdravotní pojišťovnou, s níž má zdravotnické zařízení sjednáno smlouvu. Z hlediska tazatele se tedy jeví jako vhodnější dovolávat se spíše zaměstnaneckých práv podle zákoníku práce. Ten stanoví, že zaměstnavatel je povinen při určení množství požadované práce a pracovního tempa vzít v úvahu mimo jiné fyziologické a neuropsychické možnosti zaměstnance a čas na jeho přirozené potřeby, jídlo a oddech. Ve-



ilustrační foto: Shutterstock

dení nemocnice je tedy povinnou stanovit počet členů zdravotnického personálu na jednotlivých odděleních tak, aby tento počet odpovídal skutečným potřebám daných oddělení. Pokud zaměst-

navatel nesplnil tuto svoji manažerskou povinnost a neúnosně zaměstnance pracovním přetěžuje, lze mimo jiné podat podnět ke kontrole místně příslušnému inspektorátu práce.

Odpovědnost za poškození novorozence

Na čí straně je zodpovědnost za poškození zdraví dítěte na novorozeneckém oddělení, které matka při kojení upustila na podlahu? Je zodpovědné zdravotnické zařízení, nebo matka? Té péče nemůžeme v péči o dítě



odpovídá
Mgr. Radek Polícar
radek.policar@seznam.cz

bránit (naopak, měli bychom ji podporovat), ale zároveň není v našich možnostech zajistit neustálý odborný dohled nad jejím počínáním, i když se v tomto případě jednalo o nezkoušenou prvorođičku...

Na první pohled se jeví jasně, že v případě, kdy matka upustí své novorozence dítě při kojení a to upadne na podlahu, je újma (rozuměj škoda), kterou by dítě utrpělo na zdraví, důsledkem jednání jeho matky. Na tom nemůže nic změnit ani skutečnost, že se tak stalo ve zdravotnickém zařízení. Jakákoliv spoluodpovědnost na straně zdravotnického zařízení by pak mohla být dovozována jen tehdy, kdyby k této události došlo také z důvodu zanedbání povinností zdravotnického zařízení vůči poškozenému, tedy onomu dítěti. Úvaha mířící tímto směrem by patrně nevycházela z obecného

ustanovení § 420 občanského zákoníku, které říká, že každý odpovídá za škodu, kterou způsobil porušením právní povinnosti. Mnohem spíše bych očekával argumentaci za použití § 415 občanského zákoníku, který vyžaduje, aby si každý počínal tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, majetku, přírodě a životním prostředí. Toto ustanovení představuje výzvu k jednání do jisté míry obezřetnému a bedlivému, byť by takové jednání nebylo obsahem výslovné profesní povinnosti, vztáhneme-li již toto ustanovení na shora popisovanou situaci. Je známa řada rozhodnutí i Nejvyššího soudu, která povinnost poskytnout náhradu škody opírají právě o to, že v daném případě nedošlo k řádnému plnění povinností předcházet škodám.

V daném případě, který popisuje tazatel, by o využití tohoto ustanovení bylo lze uvažovat například tehdy, kdyby zaměstnanci novorozeneckého oddělení věděli, že zdravotní stav rodičky je takový, že není jistota, že dítě při kojení udrží, a neudělali by nic proto, aby k pádu kojence nedošlo.

Oznámení o hospitalizaci na záchytce

Ošetření na záchytné stanici při akutní intoxikaci se oznamuje registrujícímu praktickému lékaři, u dětí a mladistvých do 18 let také rodičům (zákonnému zástupci) a orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Mají však tuto oznamovací povinnost také zdravotnická zařízení suplující roli záchytné stanice v případě nedostatku místa na stanici? Konkrétně u nás na chirurgicko-traumatologickém oddělení často končí případy, které by patřily spíše na záchytku...



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Problematiku popsanou ve Vašem dotazu upravuje zákon o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tento právní předpis rovněž stanovuje podmínky ošetření na protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici. Záchytná stanice je zdravotnické zařízení, které zřizuje územně samosprávný celek, tedy příslušný kraj. Kraj přitom může zdravotní službu poskyto-

vanou v záchytné stanici zajistit i smluvně (například prostřednictvím chirurgicko-traumatologického oddělení ve vaší nemocnici). Pokud poskytovatel zdravotních služeb zjistí, že ošetřovaná osoba není ohrožena na životě selháním základních životních funkcí, ale pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení, je tato osoba povinna se podrobit ošetření a pobytu v záchytné stanici po dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace.

selháním základních životních funkcí, ale pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení, je tato osoba povinna se podrobit ošetření a pobytu v záchytné stanici po dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace.

Osobě odpovědné za její výchovu. Při přijetí osoby mladší 18 let se tato skutečnost oznamuje též orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo zbavenou způsobilostí k právním úkonům, oznamuje se tato skutečnost opatrovníkovi určenému soudem.

Oznamuje i „suplující“ zařízení

Předpokládám, že chirurgicko-traumatologické oddělení vaší nemocnice má s příslušným krajem smluvně sjednáno, že např. v případě naplnění kapacity záchytné stanice „supluje“, resp. fakticky zajišťuje funkci záchytné stanice, což výše zmíněný zákon umožňuje. V takovém případě i pro vaše oddělení platí shora popsána oznamovací povinnost stanovená zákonem. Současně pouze z opatření doporučuji prověřit, že vaše nemocnice skutečně má s příslušným krajem uzavřenu smlouvu na zajištění služeb, které jsou standardně poskytovány záchytnou stanicí. Lze tak předejít případným nedorozuměním spojeným například s neproplacením některých poskytnutých výkonů či s neoprávněným sdělením informací o zdravotním stavu pacienta.