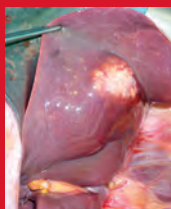
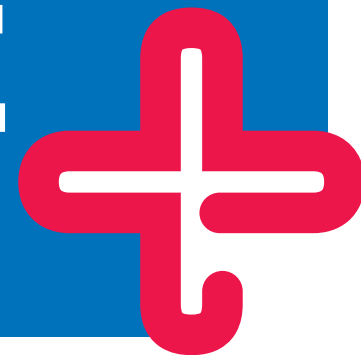


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
09/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 9. 5. 2011
V TOMTO VYDÁNÍ - PL 5



ONKOLOGIE

Léčba nemocných s jaterními metastázami kolorektálního karcinomu v Česku je nedostatečná.

STRANA 22



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Annu Jungwirthovou a MUDr. Jiřího Jungwirtha, primářku a primáře Sanatoria sv. Anny v Praze 3

STRANA 36



TÉMA ČÍSLA

Pánové na ADAMA Interdisciplinární obor andrologie dokáže řešit řadu mužských problémů.

STRANA 14



Zeno Veselík: Většina přístrojů pro onko- a traumacentra byla nakoupena za ceny obvyklé v místě a čase.

(strana 2)

Sněmovna podpořila malou novelu

Poslanecká sněmovna minulé úterý v prvním čtení podpořila novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění. Opozice se pokusila návrh zamítnout, neměla pro to však dostatek hlasů.

Tzv. technická novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, počítá například se zvýšením poplatku za den v nemocnici ze 60 na 100 korun a má dát ministerstvu zdravotnictví možnost zavést standardy zdravotní péče. ČSSD zvažuje, že pokud návrh bude definitivně schválen, obrátí se na ústavní soud. Novelou se nyní bude zabývat zdravotní výbor.

Věc ideologie a životního názoru

Poslanci o návrhu debatovali téměř šest hodin. Vystupovali hlav-

ně zástupci ČSSD a KSČM, kteří kritizovali především část zákona, jež by ministerstvu v budoucnu umožnila zavést standard a nadstandard.

„Nedovedu pochopit, že je tato nadstandardní péče zahrnuta do léčebného procesu. Že ten, kdo může platit, dostane lepší péči než ten, kdo zaplatit nemůže. Mám obavu, že se začínáme blížit americkému zdravotnímu systému,“ uvedl poslanec ČSSD Ivan Ohlídal. Jeho stranický kolega Jiří Koskuba prohlásil, že si neumí představit, jak se nemocný pacient, který nemusí plně vnímat,

rozhoduje o tom, jaká péče je pro něj nejvhodnější.

Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) je tato „kontroverzní ideologická věc opravdu věcí životního názoru“. „Paragraf Fischerové existuje čtrnáct let. A od té doby se v naší společnosti, jak mezi pacienty, tak mezi zdravotnickou veřejností, vede rozsáhlá diskuse: Jestli se udrží tato ideologie, že všichni jsou si rovni a že v medicíně všichni mají nárok na to maximální, i když víme, že na to nikde nejsou peníze, ani v nejbohatších zemích. Nebo jestli se

(pokračování na straně 2)

Audit neprokázal korupci při nákupech pro centra

Audit nákupů pro národní síť onkocenter a traumacenter předražené zakázky neprokázal. Nedostatky byly podle auditorské firmy pouze administrativního charakteru.

Pro 24 projektů bylo v letech 2008 a 2009 rozděleno přes 1,9 miliardy korun. Ministerstvo nechalo provést audit zakázek integrovaných operačních programů EU. Podle

ministra zdravotnictví Leoše Hegera by se o předražení dalo mluvit, pokud by zakázka překročila obvyklou cenu o 10 procent a více. „Nemocnice se podle zjištění au-

ditu pohybovaly v pásmu plus tři procenta, pouze v jednom případě byla zakázka překročena o deset procent. Šlo o Krajskou nemocnici Liberec, kde se provádí další analýza,“ uvedl ministr Heger. V Liberci již policie prověřuje i údajně o čtvrtinu předražený nákup přístrojů pro tamní kardiocentrum za 60 milionů korun.

(pokračování na str. 2)

Sněmovna podpořila malou novelu

(pokračování ze strany 1)

posuneme zpět do reality a naše ústava i Listina lidských práv a svobod a Úmluva o biomedicíně se bude interpretovat tak, že všichni mají nárok na bezplatnou péči, ale v rámci - a to zdůrazňuji - v rámci veřejného zdravotního pojištění, pokud zákon nestanoví jinak," řekl Heger.

Poslanec Věci veřejných Vít Bárta podotkl, že o tom, co bude považováno za standard a co za nadstandard, by měla rozhodnout Česká lékařská komora. Podle něho má ze svého statutu povinnost se do takového jednání zapojit.

Opozice chtěla jednání znovu odložit

Představitelé ČSSD a KSČM koalici vyčítali, že se snaží zákon protlačit během večerního jednání. Předseda ČSSD Bohuslav Sobotka nejprve navrhl odložit schůzi o dva týdny, později zkusil navrhnout odklad na příští den jednání. Ani jeden návrh ale neprošel. Sobotka avizoval, že sociální demokraté se budou pokoušet oddálit rozhodnutí pomocí dlouhých projevů. Koali-



Ilustrační foto: Leoš Chodura

ce na to zareagovala tím, že schválila jednání i po půlnoci, a opozici obvinila z obstrukce.

Ministr Heger poslancům řekl, že je třeba o zákonu rozhodnout během této schůze, aby mohl být schválen do letních prázdnin. Snažil se také rozptýlit jejich obavy o rozdělení na péči pro chudé a bohaté. Zpoplatněny podle něho budou jen výkony, které mají stejnou medicínskou hodnotu, pouze je jsou dražší. Jako příklad nad-

standardu uvedl lepší oční čočky, se kterými člověk nebude potřebovat brýle. Nadstandardem by podle něho měla být stejná péče, která pacientovi přinese pouze větší pohodlí.

Co novela obsahuje

Novela je první ze série reformních norem. Další tři reformní zákony o službách hodlá Heger předložit vládě do počátku června. Platit by měly od ledna 2012.

Heger soudí, že novela není protiústavní, jak naznačuje opozice, ministerstvo se však bude námitkou dále zabývat. Ministr očekává, že i další projednávání bude náročné a padne řada pozměňovacích návrhů.

Předloha počítá s tím, že pacienti by za den hospitalizace v nemocnici platili místo dosavadních 60 korun 100. Ani nadále se však nebudou počítat do ročního ochranného limitu, který činí pro děti a důchodce 2500 korun, pro ostatní 5000 ročně. Původně měla novela změnit i placení v lékárnách. Místo 30 korun za položku na receptu měla zavést třicetikorunový poplatek za celý recept. Tato změna však podle ministra zdravotnictví vyžaduje komplexní změnu části zákona, která se týká spoluúčasti. Předloží ji proto později.

Novela také ruší zákaz příplacení na lepší péči, pro pacienty se však zatím nic nezmění. Nejprve totiž bude nutné vymezit standard hrazený z veřejného zdravotního pojištění a nadstandard, na který se pacient bude moci připojistit, případně zaplatit hotově. Dále norma prodlouží dobu pro vymá-

hání dlužného pojistného z pěti na deset let.

Změny v cenách a úhradách léčiv

Novela obsahuje změny rovněž v oblasti stanovení cen a úhrad léčiv. Zavedení tzv. jádrové úhrady znamená, že bude rozhodováno nikoli o koncové úhradě, ale úhradě původce (výrobce), tedy bez započtení DPH a obchodní přírážky. Zákon přinese možnost uzavření dohody o úhradě se zdravotní pojišťovnou. Automaticky zaniknou maximální ceny z důvodu zrušení cenové regulace a maximální ceny a úhrady z důsledku zrušení registrace. Základní úhrada skupiny přípravků v zásadě terapeuticky zaměnitelných, ve kterých dosud podobný přípravek nebyl přítomen, se vstupem prvního podobného preparátu sníží o 32 % v případě prvního generika a o 15 % v případě prvního podobného biologického přípravku. Změněna bude koncepce lhůty pro dočasnou úhradu vysoce inovativních léčivých přípravků. Zavádí se dva typy revizí úhrad a nově i maximálních cen, a to hloubkových a zkrácených revizí a upřesnění pojmů užívaných v rámci systému stanovení cen a úhrad.

Olga Pavlíková

Audit neprokázal korupci při nákupech pro centra

(pokračování ze strany 1)

Předražení je minimální

Heger dodal, že obecně se mluví o obrovské korupci ve zdravotnictví a nákupech předražených o 30 %, výsledky auditu však ukázaly pravý opak. „Nejsou stoprocentně ideální, ale předražení, jež jsme v některých případech konstatovali, je minimální," vysvětlil ministr. „Nerad se chlubím cizím peřím, ale musím uznat, že ředitelé nemocnic i předchozí ministři si vedli dobře. Kdybych byl majitelem bulvárního tisku, dal bych na tytulky: „Ředitelé fakultních nemocnic zdaleka nejsou tak zkorumpovaní, jak si myslí lékařské odbory a Česká lékařská komora," zavtipkoval Heger.

Všechny rozpočty jsou dodrženy

Ministerstvo vyhlásilo první výzvu na projekty pro specializovaná onkocentra a traumacentra v květnu 2008. Bylo podáno 34 žádostí za cel-

kem 2,7 miliardy. Výběrová komise doporučila 24 projektů za 1,95 miliardy. Zadávací a výběrová řízení se konala v průběhu roku 2009. Audit následně odhalil dvě menší pochybení - pražská Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Nemocnice Jihlava nedodržely lhůtu pro podání nabídek stanovenou na 14 dní. „Další zjištěné nedostatky byly pouze administrativního charakteru a bez vlivu na výběr dodavatele," popsál Zeno Veselík z firmy KPMG ČR Audit. Všechny rozpočty podle něj byly dodrženy.

Auditoři hodnotili 300 položek, šlo o jednotlivé kusy techniky. „Z toho 210 přístrojů bylo nakoupeno za ceny obvyklé v místě a čase. U 66 byly ceny vyšší a u 22 naopak nižší. Překročení bylo v průměru o 3,33 procenta," upřesnil Veselík. Podobné audity by podle doporučení auditorů měly udělat ve svých zařízeních také kraje.

Olga Pavlíková

Fakultní nemocnice hospodařily s plusem

Hospodaření jedenácti fakultních nemocnic a dalších čtyř přímo řízených zdravotnických zařízení loni skončilo v kladných číslech, celkově dosáhlo 335 milionů před zdaněním. Zadlužování se podle představitelů ministerstva zdravotnictví dále snižuje.

Podle náměstka ministra zdravotnictví Vladimíra Pavelky (TOP 09) ubývá také závazků po době splatnosti. Za poslední čtyři roky se zvýšila ekonomická stabilita a efektivita fakultních nemocnic, vyšší jsou i tržby.

Některé fakultní nemocnice v minulosti hospodařily se ztrátami a topily se v dlužích. Stát jim proto několikrát dal finanční injekci. Například v roce 2006 putovalo do osmi fakultních nemocnic a sedmi dalších zařízení 1,8 miliardy korun na oddlužení. Podle analýzy za roky 2005 až 2009 se však podařilo fakultní nemocnice a čtyři další přímo řízená zařízení stabilizovat a postupně zvýšit jejich tržby.

Míra zadluženosti klesá

Hodnocení se týká 11 fakultních nemocnic, Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM), Ma-

sarykova onkologického ústavu, Nemocnice Na Homolce a Ústavu pro péči o matku a dítě. „Hospodářský výsledek před zdaněním činil 340 milionů korun, po zdanění bude menší," zaokrouhlil Pavelka.

I přes hospodářskou krizi jsou podle něj přímo řízené nemocnice likvidní a míra jejich zadluženosti klesá. „Úroveň dluhu v průměru neohrožuje finanční stabilitu nemocnic," uvedl náměstek. Podle něj se snižuje podíl pohledávek i závazků po lhůtě splatnosti. Závazků po termínu ubýlo nejvíc v letech 2007 a 2008. Na konci roku 2007 činil jejich podíl 14 %, v květnu 2009 zhruba 7%. Tak strmého poklesu již podle Pavelky není možné docílit. Nyní se podíl blíží 6%. Více než rok po lhůtě splatnosti měla na konci loňského roku skoro 4% pohledávek, celkem jich bylo po termínu 12%. O tři roky dříve to bylo 9 a 16%.

Pomůže i plánované rušení lůžek

Roste také produktivita práce a platy lékařů. Na ně se loni ve fakultních nemocnicích a čtveřici dalších přímo řízených nemocnic vydalo skoro 4,3 miliardy korun, v roce 2006 to bylo asi 3,5 miliardy. Platy se doktorům zvedly i letos od března, a to o 5 až 8 tisíc korun, podle vzdělání a praxe.

Zatím se teprve odhaduje, jak by se do hospodaření a čísel mohlo přesně promítnout chystané zvýšení daně z přidané hodnoty. Lepší výsledky by nemocnice mohly mít po plánovaném zrušení desetin akutních lůžek, míní náměstek. Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) už dříve řekl, že by se jich mělo seškrtnat asi 6200. Polovina z tohoto počtu by se měla převést na lůžka sociální.

(op)

Reforma, nebo bolševický puč?

Obvinění Leoše Hegera z bolševismu je jen smutnou ukázkou úrovně parlamentní debaty. Ale i v ní mohou zaznít věci hodné pozornosti.

Takzvaná technická novela zákona o veřejném zdravotním pojištění prošla po dlouhých debatách prvním čtením v poslanecké sněmovně a ministr zdravotnictví Leoš Heger si tak může na svou politickou pařbu udělat první malý reformní zářez. Mnohahodinová debata, která první čtení novely provázela, však rozhodně nebyla poslední, a než se zákon dostane na stůl prezidentovi, zazní ještě hodně ostrých slov.



Martin Čaban

Hegerova představa reformy opravdu nic společného. Na to jí chybí přinejmenším patriční radikální ideologická vyhraněnost, jasné vymezení cíle i revoluční odhodlání využít k jeho dosažení jakýchkoli prostředků.

Když ovšem Zaorálek blouznil o ústavním puči, shodou náhod se alespoň na dohled přiblížil k problémům, kterým bude Heger muset skutečně čelit. Je naprosto jisté, že ať již bude novela, kterou prezident podepíše, vypadat jakkoli, opozice ji napadne u Ústavního soudu. V poslední době už dvakrát v Brně proti vládním návrhům zabodovala, a tak není důvod, aby to nezkusila znovu. A protože je evidentní, že zavedení příplatků za nadstandard může s ústavou, kde se píše o bezplatné péči, na první pohled kolidovat, měla by si vláda a její poslanci dát setsakramentský pozor, aby byl počet argumentů, které bude mít opozice pro brněnské soudce k dispozici, co nejmenší. Měla by k tomu využít pře-

vším druhé čtení, v němž lze do návrhů zákonů zasahovat pozměňovacími návrhy.

Achillova pata

Asi nejproblematičtějším místem „malé“ novely je totiž samotné určení, co bude a nebude považováno za „ekonomicky náročnější variantu“, tedy nadstandard. Návrh totiž toto rozdělení vkládá do rukou ministra, který standard a nadstandard rozlišuje v rámci sazebníku výkonů, tedy pouhou vyhláškou. Ústava, přesněji Listina základních práv a svobod, zároveň mluví o nároku na bezplatnou péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění za podmínek, které stanoví „zákon“. Na tento rozpor upozornil i expert na zdravotnické právo Ondřej Dostál. Kolize mezi zákonem, o němž mluví listina, a vyhláškou, tedy podzákonným opatřením, o němž mluví technická novela, představuje pro potenciální spor před Ústavním soudem zjevné riziko.

Je samozřejmě pochopitelné, že určování hranice mezi standardem a nadstandardem by mělo být pokud možno flexibilní, aby dokázalo sledovat technologický vývoj ve zdravotní péči. Proto ministerští legislativci zřejmě pracovali s vyhláškou, nikoli se zákonem, jeho schválení může trvat dlouhé měsíce. Jenže listina je listina a ministerstvo nebo koaliční poslanci budou zřejmě muset tento právní rébus vyřešit. Je to otázka jednoho pozměňovacího návrhu, jenž změní jednu větu. Ale bude potřeba jej dobře promyslet.

Povinné exhibice

Většina jich pravděpodobně bude mít čistě exhibicionistický charakter, podobně jako parlamentní projevy místopředsedy ČSSD Lubomíra Zaorálka, který o zdravotnictví nemá ani páru, jenže když se obstruje, tak se vystupuje povinně. Zaorálek si tak užil děsivou ostudu, když Hegera obvinil z ústavního puče a jeho reformu označil za bolševickou. Zejména ona druhá část hysterického vystoupení byla pozoruhodná. S bolševismem nemá

Odbory si stěžují: Novinky se dozvídáme spíš z médií

I když mnohé nemocnice ještě nedostaly peníze od pojišťoven, odbory zatím mají pro zpoždění plateb pochopení. Vadí jim však, že s nimi ministerstvo zdravotnictví příliš nekomunikuje, alespoň ne tak, jak si představovaly.

Bude to již téměř tři měsíce, co lékařské odbory na ministerstvu slavnostně podepsaly memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví. A tehdy připomínaly, že jakékoli porušení bodů obsažených v dohodě je opět vyžene do stávkové pohotovosti. Dnes sice necítí plné uspokojení, prozatím ale vyčkávají, jak se situace vyvine.

Lékaři dostali přidáno již od počátku března, ani dnes ale nemocnice nemají od pojišťoven potřebné finance. Většina pojišťoven avizovala, že peníze pošlou s mírným zpožděním. Našly se však i takové jako například Odborová zdravotní pojišťovna (OZP), jež začaly způsob navýšení plateb zpochybňovat.

MZ nás musí brát vážněji

Odbory se ihned po takových prohlášeníh obrátily na MZ. „Ministerstvo mi přislíbilo, že použije svého vlivu a že není možné, aby se pojišťovny vyjadřovaly takto anarchisticky,“ okomentoval situaci pro Zdravotnické noviny šéf Lékařského odborového klubu – Sva-

zu českých lékařů Martin Engel s tím, že nemocnice by měly dostat peníze v těchto dnech. „Musí dostat deset navýšených plateb za rok 2011. Když se jedna zpozdí, pak to ještě chápu, ale není možné, aby s těmi penězi někdo chtěl řešit například dluhy nemocnic,“ doplnil Engel.

Problém odbory vidí spíše v tom, že ministerstvo zdravotnictví bere jejich připomínkové místo příliš formálně. „Není možné, abych se dozvídal novinky z médií – z novin nebo jinud. Musím je vědět včas. 21. dubna mi pan ministr přislíbil, že se to zlepšá a že se v půli května opět sejdem,“ uzavřel Martin Engel.

Michaela Svobodová

ilustrace A111008155

Landeskliniken-Holding



FACHARZT/-ÄRZTIN
FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Das Landeskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld versorgt am Standort St. Pölten mit derzeit 1077 Betten die Bevölkerung des Bezirkes St. Pölten sowie fachspezifisch teilweise auch überregional. Im Klinikum werden die Abteilungen Anästhesiologie und Intensivmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Herzchirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde inkl. Neonatologie, Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Urologie sowie die Institute für Hygiene und Mikrobiologie, Pathologie, Labormedizin und physikalische Medizin betrieben.

Das Landeskrankenhaus St. Pölten sowie 26 weitere Klinikstandorte stehen in der Rechtsträgerschaft des Landes NÖ, die Betriebsführung der Kliniken erfolgt durch die NÖ Landeskliniken-Holding. Wir sind ein modernes und dynamisches Gesundheitsunternehmen mit hoher Patientenorientierung. Darüber hinaus bieten wir ein innovatives Arbeitsumfeld, zeichnen uns durch ein gutes Betriebsklima aus und eröffnen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen umfangreiche Entwicklungsmöglichkeiten.

An der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Landeskrankenhaus St. Pölten gelangt die Stelle eines/-r **Facharzt/-ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe** zur Besetzung.

Die Abteilung verfügt über 58 Betten. Jährlich werden über 2000 operative Eingriffe durchgeführt, zuletzt lag die Geburtenzahl bei knapp unter 1000. Das Leistungsspektrum umfasst das gesamte gynäkologisch/geburtshilfliche Fachgebiet inklusive der Malignomtherapie und IVF bzw. der überregionalen Betreuung von Risikoschwangerschaften.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir eine engagierte, verantwortungsbewusste Persönlichkeit mit Teamfähigkeit, sozialer Kompetenz und Fertigkeiten auf dem Gebiet der gynäkologischen wie geburtshilflichen Standardoperationen.

Folgende Nachweise sind zu erbringen:

- Geburtsurkunde
- Nachweis der österreichischen Staatsbürgerschaft oder Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedsstaates
- Promotion zum/-r Doktor/in der gesamten Heilkunde an einer inländischen Universität bzw. Nostrifizierung (Kopie des Diploms)
- Bescheinigung der österreichischen Ärztekammer über die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes im Sonderfach „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“
- Alle Ausbildungs- und Verwendungszeugnisse sowie Zusatzqualifikationen ab Promotion
- Allfällige wissenschaftliche Publikationen
- Lebenslauf einschließlich beruflicher Laufbahn

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung in zweifacher Ausfertigung mit dem Betreff „LK St. Pölten – Facharzt/-ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe“ an das

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Personalangelegenheiten B
Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten
E-Mail: bewerbung@noel.gv.at

Für nähere Auskünfte steht der Leiter der Abteilung, Prim. Univ.-Prof. Dr. Matthias KLEIN, unter der Tel.-Nr.: +43 (0)2742/300-12307 gerne zur Verfügung.



Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

Auditoři radí VZP, aby znovu zrušila tendr na **vymáhání**

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) by měla zrušit tendr na vymáhání pohledávek, který vyhrála advokátní kancelář, v níž má podíl bývalý ministr spravedlnosti Pavel Němec. Takový závěr vyplynul z výsledku auditu, který si VZP nechala zpracovat.

Podle auditorů je zakázka za 120 milionů Kč neprůhledná. Tendr ve výši 430 milionů Kč, který byl původně domluven na software pro vymáhání a samotný výkon vymáhání pohledávek, vyhrála sdružení, v němž figuruje advokátní kancelář Němec, Bláha a Navrátilová, exekutor Juraj Podkonický a vymahačská firma BSP Lawyer Partner, již před rokem. Už tehdy byl tendr kritizován antimonopolním úřadem. VZP jej poté zúžila na dodání softwaru a počátkem dubna v něm opět vyhrála advokátní kancelář Pavla Němce.

Auditorům se stále nelíbí, že dodavatelem je skupina více subjektů, navíc jde o právníky, kteří jsou oproti počítačovým odborníkům „bez adekvátních odborných zkušeností v oblasti informatiky“. Fakt, že jde o skupinu několika subjektů, navíc podle auditorů může vést k vyššímu riziku organizačních problémů, případných konfliktů a soutěžních sporů, což



Foto: Leoš Chodura

by mohlo ohrozit výsledný úspěch projektu.

Nový tendr?

„Vzhledem k tomu, že rozhodnutím Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže se obsah zakázky významně změnil, lze uvažovat o novém tendru, který by se týkal pouze IT problematiky,“ sdělil ZDN poslanec za TOP 09 a člen správní rady VZP Jiří Skalický.

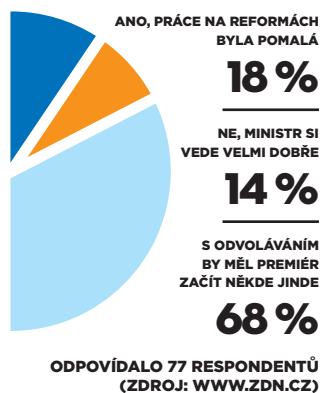
Další člen správní rady, poslanec za ODS Boris Štátný, se zatím nechce ke svému postoji při hlasování vyjadřovat. „Počkám si na právní podklady od správní rady. Navíc pokud si audit zadala sama pojišťovna, není příliš co řešit. Pokud podle auditu tendr nevyhovuje, management VZP bude muset přijmout nápravná opatření, kterými se bude řídit i správní rada,“ říká Štátný.

Správní rada VZP, která podle poslance Skalického stále není v otázce zrušení tendru jednotná, by o její existenci měla rozhodnout již tento měsíc. Pojišťovně nyní firmy a osoby dluží 14,5 milionu korun, takže nový systém vymáhání je nutný. „Je však otázkou, zda není možné řešení v rámci probíhající centralizace informačních systémů (CIS) a vzhledem k případnému spuštění jednotného inkasního místa (JIM). Z pohledu správného hospodáře je vymáhání pohledávek třeba řešit. Ovšem záleží na tom, jaké se použijí prostředky a postupy a za jakou cenu. Bude preferovat takový postup, který bude z pohledu VZP ekonomicky nejvýhodnější,“ komentuje situaci Jiří Skalický. A jak bude sám hlasovat? „To zatím nelze předjímat. Má být předložena analýza, která ještě může přinést nový pohled na situaci,“ uzavírá.

Petra Klusáková

GRAF ZDN

PREMIÉR PETR NEČAS PROJEVIL NESPOKOJENOST S PRACÍ MINISTRA ZDRAVOTNICTVÍ LEOŠE HEGERA, ZÁROVEŇ PŘIPUSTIL JEHO ODVOLÁNÍ. SOUHLASÍTE S PREMIÉREM?



Německé kliniky opět přijedou nabírat zaměstnance

Práci českým lékařům a sestřím nabídnou na druhém mezinárodním Job veletrhu lékařství a zdraví v Praze vedle 46 německých klinik i dvě české nemocnice. Německé pracovní agentury zprostředkují českým zdravotníkům práci i v dalších zemích Evropy. Veletrh se uskuteční 20. a 21. května.

Podle odborářů je dobré, když lékaři a sestry z ČR získají zkušenosti v cizině a pak se vrátí, aby z toho měli prospěch i čeští pacienti. Vláda jim k tomu ale prý musí vytvořit podmínky – vedle zvýšení platů to znamená i omezení nadměrné přesčasové práce a zlepšení systému vzdělávání.

Nabírat přijedou i Češi

Na veletrh přijedou podle generálního manažera veletrhu Randolfa T. Kunerta ředitelé velkých německých nemocnic a vedoucí personálních oddělení, aby osobně odpovídali na dotazy zájemců o práci v Německu. „Drtivá většina nemocnic už zaměstnává české zdravotníky a ti budou přítomni u stánků svých nemocnic, aby v českém jazyce informovali kolegy o pracovních podmínkách,“ doplnil Kunert. Do konkurenčního boje o české lékaře se zapojí i dva tuzemské subjekty – Nemocnice následné péče LDN Horažďovice a Nemocnice následné péče Svatá Anna v Plané.

Engel: Mým cílem je zastavit odchod lékařů
„Pocity z těchto akcí mám ambivalentní. Loni jsme vedli ostrý spor s vládou a bylo mi smutno z toho, že by mladí lékaři měli odcházet za lepším výdělkem do ciziny,“ řekl předseda Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů (LOK-SČL) Martin Engel. Připomněl, že politici v době odborových protestů tvrdili, že o české lékaře v cizině zájem není. Už druhý ročník veletrhu je podle Engela důkazem toho, že

LDN v Bílovicích nad Svitavou nemá na rekonstrukci, proto končí

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) v Bílovicích nad Svitavou nejspíše do konce července ukončí svůj provoz kvůli nedostatku prostředků na nápravu nevyhovujících požárních předpisů.

Léčebný tým převezme mateřská Fakultní nemocnice Brno, pacienti přijmou jiná zařízení nebo si je k sobě budou muset vzít rodiny. Ředitel FN Roman Kraus uvedl, že léčebna se zavře, protože budova nevyhovuje požárním předpisům a 57 milionů korun na rekonstrukci nemocnice nemá.

V Léčebně, která disponuje 85 lůžky, bylo v loňském roce hospitalizováno 433 lidí. Podle mluvčí FN Brno Anny Mrázové má LDN vysokou obloženost přesahující 85 procent. Jedno ze tří oddělení se specializuje na paliativní medicínu.

Podle Romana Krause stát nabídnou léčebnu jako nepotřebný majetek bezúplatně dalším státním institucím. O tom, zda a kdo léčebnu koupí, však ředitel víc neví. Zdůraznil, že se na rekonstrukci zařízení snažil získat peníze. Protože však neuspěl ani v evropských fondech, ani u státu, rozhodl prý ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), že se léčebna zavře. Termín ukončení provozu se odhaduje na 1. července nebo 1. srpna.

(klu, ČTK)

zájem je. „Mým cílem není vyhánět lékaře do ciziny, ale aby se hromadný odchod posledních let zastavil,“ poznamenal předseda LOK-SČL. Šéfka Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Dagmar Žitníková potvrdila, že není dobré, aby kvalitní sestry odcházely do ciziny kvůli platům. Podle průzkumu odborů by nabídku práce v cizině přijalo 50 procent sester, zejména mladé po škole a pak zkušené sestry s dospělými dětmi. „V příhraničí je o české sestry zájem, hodně jich dojíždí do blízkých nemocnic nebo pracují jako pečovatelky v rodinách,“ dodala Žitníková.

(op)

Krize v Kyjově ustává. Vítěz však není jasný

Vztahy mezi primáři a vedením kyjovské nemocnice se sice hned tak nesrovnají, největší krize je však prý podle šéfa zařízení odvrácena. Sami primáři se již k požadavku na jeho odvolání vyjadřovat nechtějí.

Krize, kterou jsme mohli v kyjovské nemocnici sledovat několik týdnů, pomalu polevuje. Vítězství ovšem nemůže slavit ani jedna ze zúčastněných stran. Dosud krajem nepotvrzený šéf zařízení Josef Pejchl u svých podřízených zřejmě již nikdy ve velké oblibě nebude. Zejména u dvaceti tří primářů, kteří otevřeným dopisem žádali jihomoravského hejtmana Michala Haška o jeho odvolání.

A gratulovat si nemohou ani primáři. Ředitel Pejchl totiž bude dle neoficiálních informací v nejbližších dnech ve své funkci potvrzen.

Vztahy mezi nimi zřejmě k nejlepšímu patřit nebudou, ale nemocnice funguje dál a podle Pejchla se již atmosféra zlepšila. „Poslední týden cítím z reakcí primářů i lékařů, že se situace začíná výrazně uklidňovat. Ledy mezi námi postupně praskají,“ uvedl pro Zdravotnické noviny Josef Pejchl.

Věnujeme se práci

Spory vznikly kvůli změnám, které Pejchl po nástupu do vedení nemocnice zavedl. Nejdříve se na krajské úředníky obrátili starostové okolních obcí a upozornili

zřizovatele na „velmi vyostřenou a značně negativní aktuální situaci v Nemocnici Kyjov“. Podle téměř čtyř desítek starostů spádových obcí nemocnice je nepřijatelné, aby člověk pouze pověřený řízením činil nevratné kroky, ke kterým podle nich nemá žádný mandát. Vedou prý k devastaci péče a ukazují na nekompetentnost dané osoby. Po petici starostů se k akci odhodlali i tamní primáři. Z jejich iniciativy vznikl otevřený dopis, ve kterém požadovali odvolání Josefa Pejchla a nové výběrové řízení. Podle nich chtěl ředitel svými kroky připravit



nemocnici nebo její části na privatizaci. Pejchl ale taková obvinění odmítá, stejně jako kraj, který mu po celou dobu vyjadřoval značnou podporu. Jak se primáři s vedením nakonec dohodli, není jasné. „Věnuji se práci a k aktuální situaci se vůbec nechci vyjadřovat,“ reagoval primář urologického oddělení Miroslav Krhovský, jeden z hlavních iniciátorů dopisu.

Problémy má prý úzká skupina lidí

Vedle odpůrců si Josef Pejchl našel v nemocnici také své podporovatele. Podle předsedy odborového

svazu zdravotnictví a sociální péče Nemocnice Kyjov Zdeňka Bednáře jich dokonce bylo mnohem více než zástupců první skupiny. „Potíže s novým ředitelem rozhodně nemáme. Potíže má úzká skupina zaměstnanců. Ředitel přišel zvenku, s nímž se nezná tak jako předchozí ředitel. Nás zaráží zejména situace, kdy problémy, které nám způsobilo předchozí vedení, nikdo ze zaměstnanců neřeší. Zato bojují proti plánovaným změnám, jež se dělají právě kvůli problémům, za které může předchozí vedení,“ tvrdí Bednář.

Michaela Svobodová

Inzerce A111006810

Nejlepší úroky ze spoření!



Nastává čas **spořit v družstevní záložně**, kde získáte **mnohem vyšší úrokové zhodnocení.**

Všechny vklady ze zákona pojištěny až do výše 100 000 eur.

Proč Artesa?

- * vklady pojištěny u Fondu pojištění vkladů dle zákona o bankách
- * internetové bankovníctví
- * jsme moderní spořitelní družstvo s historií od roku 1999



Artesa, spořitelní družstvo
www.artesa.cz

Politických vězňů 21
110 00 Praha 1

volejte zdarma
800 128 836

 **artesa**
INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Kraje se o platy na záchrankách postarají, sliboval údajně Hašek

Kraje si již několik týdnů zoufají, že na ně ministerstvo zdravotnictví „hodilo“ povinnost navýšit platy pro lékaře záchranné služby. To, že odpovědnost padne na zřizovatele, ale prý bylo jasné již dávno. Přislíbil to sám šéf asociace krajů Michal Hašek (ČSSD).

„Ministerstvo jasně porušilo daný slib. O něčem rozhodlo a my to nyní musíme zaplatit. Je to zcela absurdní,“ tak nějak znějí již několik týdnů rozhořčené hlasy z jednotlivých krajských úřadů. A v podobném duchu jejich vyjádření doplňují i šéfové zdravotnických záchranných služeb. „Takové sdělení ministerstva zdravotnictví popírá všechny předcházející sliby. I proto je možné jej považovat za podvod a výsměch všem záchranářům, v tomto případě především lékařům,“ zlobí se například ředitel Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje Martin Houdek.

A Asociace zdravotnických záchranných služeb mu dává za pravdu. „Snažíme se s ministerstvem vyjednávat a doufáme, že svůj slib splní,“ doplnil šéf asociace Marek Slabý. „Kritici by se zřejmě divili, kdyby zjistili, že bylo jasné již od samého podepsání memoranda, kdo platy na záchranných službách zaplatí.“ Asociace krajů, zastoupená svým šéfem Mi-



Michal Hašek

chalem Haškem, totiž údajně na jednání přislíbila, že kraje toto navýšení mezd uhradí.

O jakém slibu mluvíme?

Ministerstvo zdravotnictví současnou kritiku příliš nechápe, odpovědnost krajů navýšit platy lékařů záchranných služeb je podle něj zcela logická. „Navýšení platů lé-

kařů pracujících v záchranných službách nemůže být financováno úplně stejným způsobem jako u nemocnic, tedy pouhým navýšením úhrad od pojišťoven. Pojišťovny se na úhradách v ZZS podílejí pouze cca do dvou pětín a je na jednotlivých krajích, aby se zdravotními pojišťovnami našly vzájemně optimální řešení. Tři pětiny jsou hrazeny z rozpočtů krajů, na což vybírají finanční prostředky z daní přímo ony,“ vysvětluje mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň.

Engel: Hašek vzal úhrady na kraje

Kritice krajů příliš nerozumí ani šéf Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů (LOK-SČL) Martin Engel. Podle něj jim předseda jejich asociace Michal Hašek jen „zapomněl“ oznámit, že se na takovém postupu sám na ministerstvu domluvil. „U finálního jednání seděl pan Hašek, který řekl, že tyto náklady uhradí kraje. Přitom ještě po dvou měsících

se mě jednotliví radní i hejtmani ptají, jak je to se záchrannou službou. Zaráží mě ta neinformovanost. Byl jsem u toho stolu, bylo nás tam deset a všichni jsme to slyšeli,“ uvedl pro Zdravotnické noviny Engel.

A jeho slova ministerstvo zdravotnictví potvrzuje. „Pokud jde o kraje, v rámci komunikace s představiteli Lékařského odborového klubu pan hejtman Hašek na společném jednání reagoval v tom smyslu, že kraje otázku ZZS vyřeší. Což má poměrně jasnou logiku, neboť ZZS mají naprosto jiný model financování,“ doplňuje Sršeň.

Hašek: Jednalo se o změně úhrad

Sám Hašek se takové interpretaci brání a tvrdí, že přislíbil na ministerstvu zněl zcela jinak. „Na základě požadavku hejtmanů jsem trval na zařazení lékařů ZZS do memoranda a zároveň bylo na jednání, o kterém hovoří doktor Engel, přislíbeno ministrem Hegerem, že změní způsob úhrady zdravotního pojištění pro ZZS úpravou úhradové vyhlášky,“ reagoval Hašek na dotaz Zdravotnických novin.

Místopředseda asociace Jiří Běhounek sice na závěrečném jednání nebyl, zmiňovanou informaci mu však prý vyvrátil sám Hašek. „Já si myslím, že pan Engel se snaží vyvléknout ze své neschopnosti,“ komentoval slova šéfa LOK-SČL Běhounek.

Michaela Svobodová

Teva koupí biofarmaceutickou firmu Cephalon

Izraelská farmaceutická firma Teva Pharmaceutical Industries Ltd. koupí amerického výrobce léků Cephalon za 6,8 miliardy USD (110,7 miliardy Kč).

Touto transakcí si společnost rozšíří sortiment o řadu biotechnologických léků proti rakovině a dalším chorobám. Spojené podniky budou mít dohromady v portfoliu značkové preparáty s ročními tržbami 7 miliard dolarů celkem a přes 30 potenciálních léků v pokročilém stadiu testování.

Vedení obou společností souhlasilo s tím, že Teva koupí všechny akcie Cephalonu na trhu a za jednu akcii zaplatí 81,5 dolaru. Ve srovnání s páteční závěrečnou cenou na trhu to představuje prémii 5,8%. Teva v současné době zaměstnává celosvětově 40 tisíc a Cephalon 4 tisíce lidí.

Pokračující transformace

Teva svou nabídkou rovněž překonala nabídku kanadské společnosti Valeant Pharmaceuticals International z konce března. Podniky předpokládají, že transakci dokončí ve třetím čtvrtletí. Podle analytiků tato transakce znamená pro

generickou Tevu transformaci její produkce značkových léčiv s patentovou ochranou.

Společnost Teva působí v 60 zemích světa. Cephalon vznikl v roce 1987 a patří mezi nejrychleji rostoucí biofarmaceutické firmy na světě. Prodává více než 170 značkových a generických produktů ve zhruba stovce zemí světa. Je největším evropským i světovým výrobcem generických léků – stejně bezpečných, stejně účinných a stejně kvalitních ekvivalentů léčivých přípravků, kterým vypršela patentová ochrana.

Na českém trhu Teva navazuje na tradici opavského výrobního závodu založeného v roce 1883, pohybuje se mezi pěti největšími farmaceutickými firmami a patří mezi dvě nejvýznamnější generické společnosti v ČR. Získala brněnskou společnost Pliva-Lachema, v roce 2010 došlo k akvizici ratiopharm a na podzim 2011 je v plánu joint venture s Procter&Gamble v oblasti consumer health. (akt)

Praha by mohla mít dvě nemocnice

Hlavní město Praha chce do půl roku připravit zákon o převodu nynější Fakultní nemocnice Na Bulovce na hlavní město.

Pražskou nemocnici by se podle předsedy pražské ODS a výboru pro zdravotnictví zastupitelstva hl. m. Prahy Borise Štátného toto státní zařízení mohlo stát v půli příštího roku nebo od roku 2013. V koalici prý o tom panuje shoda. „Stát se o Bulovku nestará, je to pro něj druhořadá nemocnice. Nepřejí si, aby pražská nemocnice strádala, a Bulovka strádá,“ řekl Štátný. Podle pražského primátora Bohuslava Svobody (ODS) by však převod na město musel být bezúplatný.

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) minulý týden potvrdil, že ministerstvo zdravotnictví vede s pražským magistrátem při-

pravná jednání o tom, zda by chtěl Bulovku převzít. „Zatím se to mírně kloní k tomu, že ano, že by magistrát zájem měl, ale zdaleka není všechno dohodnuté a musí to projít ještě dlouhým schvalovacím procesem,“ řekl ministr.

Šťastný by chtěl i FTN

Podle Štátného by Praha měla uvažovat i o získání Fakultní Thomayerovy nemocnice v Krči. Hlavní město by pak mělo jednu nemocnici na jihu a jednu na severu metropole. O převodu Thomayerovy nemocnice by však Praha měla uvažovat až poté, co získá Bulovku. Jako reálný termín si Boris Štátný dovede představit konec

tohoto nebo začátek příštího volebního období. Dodal, že krčská nemocnice potřebuje menší investice, a to v řádu stovek milionů korun.

Kliniky by zůstaly

Podle Hegera se v případě Bulovky a také Thomayerovy nemocnice diskutuje o možnosti odstranění titulu „fakultní“. V nemocnicích by však zůstaly kliniky a patly by dál všechny smlouvy, které mají s lékařskými fakultami. „V Praze by pak zůstaly jen tři kmenové nemocnice, které jsou přímo přidružené k lékařským fakultám, tedy Vinohrady, Motol a Všeobecná fakultní,“ upřesnil ministr. (op)

Rezidenční místa by nám mohla pomoci

O nedostatku zubních lékařů, jejich požadavcích i rozčilení nad tím, že se jejich problémy na ministerstvu zdravotnictví tolik neřeší, jsme hovořili s prezidentem České stomatologické komory Pavlem Chrzem.

Největším tématem poslední doby je reforma zdravotnictví. Jak ji hodnotíte z pohledu stomatologů?

To, co je předkládáno, není žádná reforma, je to snaha dostat do zdravotnictví o něco více peněz, ale tak málo, že to resort rozhodně nezachrání... Za prvé se musí zaměřit stávajícím únikům, to však bude chvíli trvat. Je třeba zavést naprosto jasný a sociálně únosný rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Navrhujeme již dlouhou dobu, aby ze systému veřejného pojištění byly vyjmuty některé výkony.

Podmínky vyjmutí hrazených výplní se neustále mění. Naposledy ministr hovořil o tom, že by si plomby platily jen ti, kteří o svůj chrup nedbají. Jak by se to posuzovalo?

Začnu zešíroka. Zubní kaz je onemocnění, které je velmi časté, jeho ošetření stojí mnoho peněz a je opravdu ovlivnitelné pacientem. V systému se zaplatí zhruba 6 a půl milionu výplní za rok, což je děsné číslo a jistě by šlo omezit. Bylo by třeba udělat něco úplně jiného: malusy a bonusy. Jestliže pacient bude chodit na pravidelné preventivní prohlídky, pak by měl z veřejného zdravotního pojištění hrazeno více, než když na ně chodit nebude. Do toho by teoreticky mohly být zahrnuty i výplně, i když to nepovažujeme za zcela šťastné, dále například léčba zánětu dásní a závěsného aparátu zubu. Vazba na prevenci má podstatný háček – právě nedostatek zubních lékařů.

Takže výplně by byly stranou. Existovaly by nějaké výjimky?

Ze zdravotního pojištění by se plomby nadále platily dětem do 18 let a lidem nad 65 let. Dále například pacientům, kteří jsou ošetřováni studenty na klinikách. Kolem tohoto problému se chodí jako kolem horké kaše. Pan ministr naše požadavky podporuje,

ale proti jdou dokonce i mnozí takzvaní pravicoví politici.

Jsou výplně tím jediným, co byste chtěli vyjmout z úhrady?

Rozhodně ne. Chtěli bychom vyčlenit i léčbu kořenových kanálků jako následek neléčeného zubního kazu. Zcela jistě rovnání zubů u pacientů nad 18 let vyjma vroze-
ných vad, jako jsou rozštěpy a podobně. Daly by se najít i další výkony, ty ale vzhledem k počtům, ve kterých jsou prováděny, nepředstavují zásadní výdaje z celkového systému. I toto má podporu ministra.

Zubaři chybí již přes 10 let s tím souvisí další otázka: Zubaři chybí již několik let. Může s tímto nedostatkem komora něco dělat?

Nedostatek zubních lékařů je nyní problémem zejména v okrajových částech republiky. Ale kupodivu se objevuje i ve středních Čechách, kde připadá dva a půl tisíce pacientů na jednoho zubaře. Což je strašně moc. Já ordinuji v Poděbradech – v okrese Nymburk, kam Poděbrady patří, jen za minulý rok skončili čtyři stomato-

logové a tím je najednou deset tisíc pacientů bez zubního lékaře. A samozřejmě pacient má snahu vždy hledat zubaře ve svém okolí, což však lze zajistit jen velmi obtížně. Komora na problém nedostatku zubních lékařů upozorňuje přes deset let. Jedinou naší možností je trpělivě vysvětlovat těm, kdo jsou za to zodpovědní, že tento stav není udržitelný.

A to je kdo? Proč je studentů tak málo?

Zde narážíme na otázku financí. Tak, jak je špatně financované vysoké školství jako celek, je špatně financovaná i výuka zubního lékařství. Zhruba před pěti lety vysoké školy spočítaly, že na výchovu zubního lékaře potřebují 200 tisíc korun ročně. Od státu dostávají 130 tisíc, takže to máme 70 tisíc korun rozdíl. Z těch 130 tisíc musí žít i univerzita. Odhaduje se, že na vlastní výuku jde sto tisíc ročně – zhruba polovička toho, co je třeba. Nedostatek financí ovlivňuje také množství učitelů, a to jak na vlastních stomatologických klinikách, tak i na teoretických oborech. Dokud se neprovede reorganizace vysoko-

školského studia, stomatologů bude stále nedostatek.

Takže na nezájem studentů si stěžovat nemůžete?

Naopak, zájem o studium zubního lékařství je enormní. Například v Praze je přijat každý třináctý uchazeč. Latka pro přijetí stomatologů je vyšší než latka pro přijetí ke studiu všeobecného lékařství.

Jsmo vnímáni jinak než všeobecní lékaři

V čele komory jste dva roky. Podařilo se vám splnit něco z toho, co jste si představoval? A co považujete spíše za neúspěch?

Nepatřím k těm, kteří se rádi chválí, ale myslím, že se nám podařilo zlepšit komunikaci mezi lékaři i servis, který pro ně komora dělá. Ale stále to není ono. Spíš bych viděl, co se nám nepodařilo. To jsou však věci, které z hlediska komory nejsou příliš ovlivnitelné. Komora je připravena spolupracovat na smysluplných zdravotnických reformách, včetně reformy vzdělávání, což je také jedna z oblastí, kde bychom se měli angažovat. Od té doby, co nastoupil současný ministr zdravotnictví, se v oblasti stomatologie nepodařilo prosadit nic významného. Jsme vnímáni trochu jinak než všeobecní lékaři, ve všem si máme pomoci sami. Tak, jak se zanedbala péče o lékaře nemocniční, se zanedbává i péče o lékaře zubní a ono to za chvíli vykvasí.

V čem konkrétně jste zanedbáváni?

Naposledy to bylo kvůli tomu, že v rámci novely zákona čísla

95/2004, o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, naprosto chybí rezidenční místa pro stomatology. Ale zubní lékaři mají také své specializace. Ortodontické se připravují na specializaci 3 roky a jsou zaměstnáváni na o,1 úvazku, přitom pracují celý týden osm hodin denně. A zde by nám rezidenční místa dokázala velmi pomoci. Za daného stavu je příprava na specializaci pro studenta finančně natolik nevýhodná, že se studenti do specializační přípravy nehlásí a ten, kdo odpromuje, jde raději rovnou do praxe.

Problémy má i naše komora

Jak jste na tom s aktivitou svých členů? Potýkáte se také s problémem jejich pasivity jako Česká lékařská komora?

Problémy jsou i v České stomatologické komoře, to nebudu popírat. Snažíme se je nějakým způsobem řešit, ale rozhodně to nejsou problémy velké skupiny lékařů jako v České lékařské komoře. Vždy se najde nějaká skupinka, která si myslí, že by komora měla fungovat jinak. Jsou to však spíše desítky jedinců. Žádný větší tlak na zrušení povinného členství jsme nezaznamenali.

Zbývající dvě komory žádají posílení svých pravomocí. Cítíte i vy takovou potřebu?

Pro komory platí jeden společný zákon z roku 1991, to znamená, že za tu dobu se již trochu přežil a je třeba ho upravit. Zcela jistě bychom chtěli, aby nám zůstaly současné kompetence. Je tu však ještě jedna věc. Stomatologie se týká nejen zubních lékařů, ale i dentálních hygienistek a zubních techniků a my bychom chtěli mít vliv i na tyto profese. Je to velmi choulostivý problém. Také by se měla změnit oblast disciplinární, pokuta 20 tisíc korun je opravdu směšná. Větší pravomoci bychom chtěli mít rovněž v oblasti celoživotního vzdělávání.

O samostatném zákoně jste hovořil již při nástupu do funkce. V čem je problém?

Vázne to většinou na celkové politické situaci. V loňském roce byla poměrně velká vůle projednat a prosadit samostatný zákon o České stomatologické komoře, jenže pak přicházela jedna vládní krize za druhou a pokaždé se našla jiná priorita než zákon o komorách. Ale my to nevzdáváme.

Michela Svobodová



Foto: archiv ČSK

Dialog mezi lékařem a pacientem

V rámci Evropského dne pacientů proběhla konference o jejich právech. Zástupci patientských a lékařských organizací jednali zejména o možnostech zlepšit dialog lékaře a pacienta. Leitmotivem tu byla otázka, zda kampaň „Děkujeme, odcházíme“ poškodila vztah mezi lékaři a pacienty.

Konferenci, jež proběhla 20. dubna v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky, uspořádal Výbor pro zdravotnictví PSP ČR a Koalice pro zdraví, servisní služba sdružující patientské organizace.

„Všlele doporučuji všem patientským organizacím, aby se charitou řídily při osvětě pacientů. Jako jeden z jejích cílů vidím posilování sebevědomí pacienta,“ dodala předsedkyně sdružení Diagnóza CML Jana Pelouchová.

Rámec určuje charta práv pacientů

„Nedostatek komunikace – špatný dialog – je základním problémem vztahu lékaře a pacienta. Čím dál víc pacientů si ovšem uvědomuje, že nejsou jen pasivními příjemci lékařské péče, ale že také mají svá práva,“ uvedla s poukazem na Evropskou chartu práv pacientů výkonná ředitelka Koalice pro zdraví Jana Petrenko. Charta (viz rámeček), již se státy Evropské unie řídí, pacientům přiznává mimo jiné přístup ke všem informacím souvisejícím s jejich zdravotním stavem, svobodným výběrem mezi různými způsoby léčby a jejich poskytovateli. Přiznává jim i právo na ochranu soukromí a osobních údajů.

Primář Sova by dnes neobstál

Prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek v tématu vztahu lékaře a pacienta zdůraznil postupující odklon od „paternalistické medicíny“, a to i v komunikaci. „Primář Sova jako archetyp lékaře-boha by dnes se svým paternalistickým přístupem neobstál, současný pacient by měl být mnohem víc partnerem.“ Nadále však platí, že informační nerovnováha ve prospěch lékaře lze eliminovat jen do určité míry. Záležitostí komunikace je také informovaný souhlas pacienta. Jak Milan Kubek zdůraznil, „papír nenahradí rozhovor lékaře a pacienta“. V některých nemocnicích jejich rozhovor k informovanému

souhlasu nahrávají. Tuto praxi prezident ČLK doporučuje kvůli jasnému průkazu, co bylo pacientovi před vyjádřením informovaného souhlasu řečeno. Kubek dále upozornil, že ČLK zavedla a pořádá pro lékaře speciální komunikační kurzy. Druhou jeho poznámkou k tématu bylo, že etický kodex ČLK opravňuje lékaře odmítnout léčit pacienta, pokud mezi nimi není vztah vzájemné důvěry.

Poplatky prolomily tabu

Zástupci patientských organizací na konkrétních příkladech dokládali, jak samotné provedení akce „Děkujeme, odcházíme“ zejména starší pacienty „děsilo a zभावovalo je pocitu jistoty, že budou nadále kontinuálně léčeni“. Prezident Kubek a šéf Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů MUDr. Martin Engel však toto působení na pacienty přičítají „demagogickému zkruslování akce ze strany médií“. Podle Milana Kubka vztah mezi lékařem a pacientem narušily již



Podle šéfa LOK-SČL Martina Engela nebyl vztah mezi lékaři a pacienty ideální ani před začátkem akce „Děkujeme, odcházíme“. | Foto: Leoš Chodura

regulační poplatky – došlo „k prolomení tabu vytažování peněz v ordinaci“. Nicméně vztah lékař – pacient nebyl narušen zásadně, „dál mezi nimi existuje určitě spiklenectví“. V tomto vztahu MUDr. Kubek klade důraz na profesní autonomii lékaře, jejíž podmínkou je podle něj nezávislá profesní samospráva. „Profesní autonomie lékařů je důležitá pro bezpečnost a ochranu práv pacientů. I proto je ČLK užitečná nejenom pro lékaře, ale i pro pacienty. Svobodu pacienta i autonomii lékaře přitom stále více omezují zdravotní pojišťovny,“ podotkl. Prezident ČLK se vyjádřil i k námitce, že v průběhu akce „Děkujeme, odcházíme“ se obhajoba profesních zájmů nejen míjela se

zájmy pacientů, ale blížila se činnosti odborové organizace. „V Rakousku je komora přímo odborovou organizací, zatímco ve Velké Británii je tomu naopak, komora se tam zabývá jen registrací lékařů. Česká lékařská komora je někde uprostřed,“ řekl MUDr. Kubek. Na otázku, zda je chování ČLK při zastupování zájmů členů v souladu s jejím právním rámcem, přítomným připomenul, že to už ve prospěch ČLK svým většinovým rozhodnutím určil Ústavní soud.

Úhlem „Děkujeme, odcházíme“

Pohled na vztah pacient – lékař a jejich dialog ze zorného úhlu člena revizní komise OS ČLK a zároveň organizátora kampaně „Děkujeme, odcházíme“ přinesl příspěvek MUDr. Martina Engela: Revizní komise se zabývá stížnostmi pacientů a podle jejich poznatků za posledních 5 let počet stížností neustále stoupal. Klíčovým důvodem stížností byly podle sdělení MUDr. Engela chyby v komunikaci mezi lékařem a pacientem (90 %), faktických odborných pochybení bylo málo. „Vztah pacient – lékař před začátkem kampaně rozhodně nebyl ideální. Příčinou byla obrovská personální devastace v nemocnicích, zvláště v regionech, kterou pacienti do té doby (pro sebe naštěstí, nějaký lékař tam vždy byl) nevnímali. Péče v nemocnicích byla zajištěna na úkor lékařů neúměrným množstvím přesčasových hodin, které odporují tuzemským i zahraničním zákonům. Cílem akce „Děkujeme, odcházíme“ bylo především upozornit na tento problém a zastavit výrazný exodus lékařů,“ uvedl Martin Engel. Shrnuje rovněž pohled představitelů a účastníků akce na vývoj

Evropská charta práv pacientů

1. Právo na prevenci

Každý jedinec má právo na poskytování přiměřených služeb v rámci prevence onemocnění.

2. Právo na dostupnost péče

Každý jedinec má právo na dostupnost péče odpovídající jeho zdravotního stavu. Přístup ke zdravotnickým službám musí být zaručen každému, bez diskriminace na základě finančních možností, místa bydliště, typu onemocnění nebo doby, po kterou je zdravotní péče poskytována.

3. Právo na informace

Každý jedinec má právo na přístup ke všem informacím souvisejícím s jeho zdravotním stavem, s využitím zdravotnických služeb a všech možností na základě vědeckého výzkumu a technologických inovací.

4. Právo na vyjádření souhlasu

Každý jedinec má právo na přístup ke všem informacím, jež mohou umožnit aktivní spoluúčast při rozhodová-

ní o jeho zdraví. Tyto informace jsou nezbytnou podmínkou k zahájení léčebného postupu včetně možnosti zařazení do vědeckého výzkumu.

5. Právo na svobodný výběr

Každý jedinec má právo svobodného výběru mezi různými způsoby léčby a jejich poskytovateli na základě odpovídajících informací.

6. Právo na soukromí a ochranu údajů

Každý jedinec má právo na ochranu osobních údajů včetně informací týkajících se jeho zdravotního stavu, diagnostických a léčebných metod, stejně tak na ochranu soukromí během výkonu diagnostických vyšetření, návštěvy u odborného lékaře, lékařského ošetření a chirurgického zákroku všeobecně.

7. Právo na respektování pacientova času

Každý jedinec má právo být ošetřen v krátkém a předem určeném čase.

Toto právo se vztahuje na všechny fáze léčby.

8. Právo na dodržování úrovně kvality

Každý jedinec má právo na dostupnost vysoce kvalitních zdravotnických služeb na základě dodržování přesně stanovených norem.

9. Právo na bezpečnost pacienta

Každý jedinec má právo neutrpět škodu zaviněnou nedostatečným fungováním zdravotnických služeb, pochybením a zanedbáním lékařské péče; má právo na dostupnost zdravotnických služeb a léčebných metod splňujících přísné bezpečnostní normy.

10. Právo na přístup k inovacím

Každý jedinec má právo na přístup k inovovaným metodám, včetně diagnostiky, na základě mezinárodních standardů, a to nezávisle na ekonomických nebo finančních okolnostech.

11. Právo na předcházení zbytečnému utrpení nebo bolesti

Každý jedinec má právo v nejvyšší možné míře se vyhnout utrpení a bolesti v každé fázi svého onemocnění.

12. Právo na léčbu zohledňující osobní potřeby

Každý jedinec má právo na diagnostické a léčebné programy co nejvíce přizpůsobené jeho osobním potřebám.

13. Právo na podání stížnosti

Každý jedinec má právo na podání stížnosti vždy, když utrpí újmu, a má právo obdržet odpověď nebo jinou formu zpětné vazby.

14. Právo na náhradu škody

Každý jedinec má právo na dostatečnou náhradu škody v přiměřeně krátkém čase vždy, když utrpí fyzickou, morální nebo psychickou újmu způsobenou ošetřováním nebo léčbou při poskytování zdravotnické služby.

LÉKAŘ VS. PACIENT?

vztahů mezi protestujícími lékaři a veřejností v průběhu kampaně: „Během prvních čtyř měsíců jsme vnímali výraznou podporu veřejnosti. To, že se situace natolik vyostřila, nebylo vinou lékařů. MZ ČR nejdříve celý problém bagatelizovalo a s lékaři dlouho nejednalo. Počátkem roku 2011 se proti lékařům rozpoutala štvavá mediální kampaň a lékaři byli záměrně stavěni do role vyděračů. Lékaři si i přesto podle nejvíce pesimistických průzkumů udrželi podporu veřejnosti přes 30 procent – politické strany takovou podporu nemají. Většina lidí nadále vnímá lékaře pozitivně a jejich požadavky považuje za oprávněné. Přijetím memoranda lékaři upřednostnili zachování kontinuity zdravotní péče nad svými mzdovými požadavky. Vztah pacient – lékař zásadním způsobem narušen nebyl, i když krátkodobě se možná zhoršil. Reformy, na nichž jsme připraveni spolupracovat, by měly být přínosem jak pro pacienty, tak i pro zdravotníky.“

Lékaři nevedou, ale domáhají se

„Akce ‚Děkujeme, odcházíme‘ byla dobře míněná, ale přišla v ne-

vhodnou dobu a byla příliš úzce zaměřená. Nevytvořila žádný nástroj reformy ani jej sama nedefinovala. Navíc vymezení jedné skupiny nutně mění vazbu na ostatní,“ reagoval na předchozí příspěvek Karel Vedral z CARD – České organizace pro revmatické choroby. Pacienti si podle něj hlavně přejí, aby reforma zdravotnictví probíhala v klidu, aby diskuse se všemi „P“ (pacient, poskytovatel, plátec) nebyla postižena stejnými „nemocemi“ jako jiné oblasti našeho hospodářství a aby základní proces proběhl co nejdříve.

Jana Petrenko označila provedení kampaně za doslova „přestřelené“: „Jak se cítili pacienti v nemocnicích, když kolem nich chodili lékaři v tričkách s nápisy ‚Děkujeme, odcházíme‘? Na to se pacientů nikdo neptal!“ Jan Lorman z organizace Život 90 prohlásil, že zásadně odmítá způsob provedení akce. „Demagogie byla už v tom, že se lékaři prohlásili za oběti, aniž by se s pacienty pokoušeli komunikovat. Situace se měla řešit spolu s pacienty, vystoupit měli také společně,“ podotkl.

Z „pacientských řad“ zazněla i poznámka, že se třicetiprocenty sou-

hlasících lze vyhrát volby, nikoli však plebiscit. Z pléna konference, z řad lékařů i pacientů, se pak opakovaně ozývaly názory, podle nichž ve vztahu k veřejnosti spočíval zásadní problém kampaně právě v nedostatečné komunikaci – veřejnost slychala zejména o tom, jak jde lékařům o peníze, nikoli o zlepšení celého systému.

„Dříve byli lékař s učitelem a farářem těmi, kteří to na vesnici vedli. Teď ale neslyšíme hlas lékaře-intelektuála, který by vedl. Slyšíme jen o tom, že se lékaři domohli peněz,“ uzavřel tento blok moderátor konference Jaroslav Hořejší.

V Evropě zahrádkáři nejsme

Vztahem lékař – pacient z evropského hlediska se zabývala Jana Pelouchová, členka správní rady Evropské koalice pacientů s rakovinou a předsedkyně organizace Diagnóza CML, sdružení založeného a řízeného pacienty s chronickou myeloidní leukémií.

V České republice působí řada pacientských organizací, jež sdružují pacienty podle diagnózy a v rámci informování členy mimo jiné seznamují s právy pacientů. Podle Jany Pelouchové ale veřejnost ani

lékaři často nevnímají pacientské organizace jako seriózního partnera. „Na pacientské spolky se u nás často pohlíží jako na nějaké spolky zahrádkářů nebo chovatelů králíků. Dokud se tento přístup nezmění, těžko se pohneme kupředu.“ Vzápětí však dodala, že „pacientské organizace jsou u nás sice dlouhodobě podceňované, ale lékaři už o nich vědí a spousta z nich s nimi spolupracuje“.

Roli pacientských organizací vidí Jana Pelouchová především v posilování aktivního přístupu pacienta k jeho onemocnění. Nový fenomén, informovaný pacient, „překonává strach z neznáma (tabu rakoviny) – vyhledává informace, je motivován ke spolupráci o své léčbě a přechází k partnerské pozici v dialogu s lékařem, což má vliv na dodržování léčebného režimu, potažmo léčebné výsledky“.

Sdělit a co nejméně zranit

Předsedkyně sdružení Diagnóza CML dále z hlediska pacienta formulovala principy komunikace s nemocným při sdělování závažné diagnózy: v soukromí ordinace, za dodržování ochrany osobních údajů, nepřerušovaná telefoná-

ty, po prvotním zjištění, jak pacient svoji situaci vnímá (ochota vyslechnout nepříznivou zprávu), chronologický výklad diagnózy, zpětná vazba (zda pacient chápe) a v neposlední řadě zachování naděje.

Realitu sdělování zpráv, které pacient může pokládat za fatální, v tomto sdružení zjišťovali anketou mezi členy. Respondentům položili otázku, kde jim byla praktickým lékařem či místním specialistou sdělena diagnóza CML. Mezi odpověďmi bylo také: telefonicky, na chodbě, v čekárně, poklepek na okénko řidiče zaparkovaného automobilu v areálu nemocnice, s asistencí policie (vyhledání pacienta-rybáře na jeho chalupě s pokynem „dostavte se do nemocnice“).

Posilování partnerské role pacientské organizace ve vztahu k odborným společnostem Jana Pelouchová spatřuje i v možném přínosu expertizy pacienta pro vědu a výzkum. Konkrétně ji demonstrovala na příkladu XV. kongresu Evropské hematologické asociace v roce 2010, kde byla tzv. pacientská sekce začleněna do vědeckého programu.

Jana Jilková

Inzerce A111008746

6. ročník celostátního projektu **NEMOCNICE ČESKÉ REPUBLIKY 2011**, zaměřeného na zvyšování kvality a efektivity služeb pacientům v nemocnicích (fakultní, krajské a městské). Sledování a hodnocení probíhá v těchto strategických oblastech:

FINANČNÍ ZDRAVÍ SPOKOJENÍ PACIENTI
MOTIVOVANÍ ZAMĚSTNANCI EFEKTIVNÍ PROCESY

NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

Průzkumy „Spokojenost pacientů“ a „Spokojenost zaměstnanců nemocnic“
hlasujte od 1. března do 31. října 2011
(detaily viz www.nejlepsi-nemocnice.cz)

hlavní partneři	hlavní sponzor	finanční partneři	sponzor	marketingoví partneři
HARTMANN Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	ELTON	CSOB	PRIM ELTON	SIEMENS KPMG ICZ
izip ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNÍ KNIŽKA intel INTERSYSTEMS PHAR SERVICE	Portál ZP INTERSYSTEMS PHAR SERVICE	VLINET VLINET VLINET	CSOB PRIM ELTON	SIEMENS KPMG ICZ
odborní partneři	partneři	hlavní mediální partneři	hlavní odborní partneři	realizační partneři
CCP NMS Professional	profim MesaCzech.com	ZDRAVOTNICKÉ NOVINY podporujeme	ipsos kofela	Sestra RADIOŽURNÁL PACIENTSKÉ LISTY HCI

AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

Detektivní práce, která mě moc baví

MUDr. Andrea Vocilková působí v ambulanci praxi patnáct let. Protože sama trpěla atopickým ekzémem, rozhodla se pro dermatovenerologii. Je členkou představenstev tří odborných lékařských společností, jejichž prostřednictvím hájí zájmy svého oboru i ambulantních lékařů obecně.

„Moje ambulance je zaměřená na diagnostiku a léčbu kožních projevů v celé šíři oboru. Zahnuje tedy péči o děti i dospělé. K běžné práci patří péče o pacienty s ekzémy, akné, lupénkou, bérčovými vředy a kožními infekcemi, třeba bradavicemi nebo mykózami. Snažím se pacientům ušetřit maximálně čas a cestování po dalších speci-

alizovaných pracovištích. Proto v ambulanci provádím diagnostické probatorní excize a odstranění kožních projevů, včetně nekomplikovaných excizi některých kožních nádorů,“ popisuje naplň každodenní práce ve své ordinaci na Praze 6.

O dermatovenerologii uvažovala od začátku – také proto, že sama tr-

pěla těžkým atopickým ekzémem. Následně se úžeji specializovala na oblast dermatologické alergologie a kožních chorob z povolání, takže provádí také epikutánní testy, které slouží k průkazu přecitlivělosti na kontaktní alergeny. „Je to detektivní práce, která mě moc baví,“ dodává lékařka, pro niž byla dermatologie první volbou.

Na psychologickou podporu není čas

S jakými problémy pacienti přicházejí nejčastěji? „Na to je složité odpovědět. Pokud se podívám do statistiky ošetřených, nejvíc pacientů přichází s bradavicemi, mykotickými infekcemi, s akné, různými ekzémy, lupénkou, mateřskými znaménky i s kožními nádory. Všechny trápí to, že mají na kůži něco, co by tam být nemělo. Někdy mohou být změny sotva patrné, jindy postihují kůži jako celek, ale pro konkrétního pacienta to v tu chvíli vždy znamená závažný problém,“ říká MUDr. Vocilková.

I proto se jí ptám na psychologickou podporu pacientů. Dostává se jim v těchto zátěžových situacích vůbec nějaké psychické útechy, je poskytována v odpovídající míře? „Bohužel si myslím, že na takovou podporu v současném systému nezbývá čas, a netýká se to jen našeho oboru. Navíc si nikdo příliš neuvědomuje, že právě tento druh léčby je sice zdánlivě levný, ale nejvíce odčerpává energii zdravotníků. A nehraje roli, zda jde o sestru, fyzioterapeuta nebo lékaře,“ myslí si dermatoložka.

Lůžko, nebo ambulance?

Velkou roli lékařka přisuzuje prevenci. „Určitě lze ve značné míře předcházet rozvoji kožních nádorů. U některých onemocnění, třeba u ekzémů, je možné soustavnou péči udržovat na kůži natolik příznivých podmínkách, že se onemocnění neprojeví, i když dispozice k němu trvá,“ dodává naději svým pacientům. Ti mají podle ní u nás v tomto oboru přístup k léčbě srovnatelné s péčí ve vyspělých státech západní Evropy i jinde ve světě. „Některé nově za-



váděné diagnostické nebo léčebné postupy je samozřejmě možné provádět jen na specializovaných pracovištích nebo centrech. Ale tato praxe je obvyklá i v jiných zemích,“ doplňuje MUDr. Vocilková, zároveň ovšem podotýká, že dermatovenerologie patří do skupiny specializací, jež své pacienty ošetřují spíše v ambulanci. Na lůžková zařízení je tato odbornost vázána méně.

„Tím ovšem naprosto není řečeno, že lůžková oddělení pro naše pacienty nepotřebujeme. Léčbu na lůžku volíme jako efektivnější hlavně pro pacienty s nutností aplikace zevní péče ve speciálním režimu. Například závažné případy generalizovaných projevů, které je nutné ošetřovat vícekrát denně. Některé formy fototerapie, převazy defektů na dolních končetinách, a to zejména pokud je u pacienta třeba léčit současně i jeho další – zpravidla interní – diagnózy. Řada dermatovenerologických lůžkových oddělení aplikuje také chemoterapii a pečují o pacienty po odstranění kožních nádorů,“ ilustruje Andrea Vocilková pohyb pacientů z ambulance na lůžko.

Zkušenosti z běžné ambulance jsou potřebné

Pohyb a vůbec aktivita v lékařské společnosti není Andrea Vocilkové rozhodně cizí. Sama napomáhá změnám, které jsou podle ní v ambulanci sféře nutné. Je členkou rady Sdružení ambulantních specialistů, výboru Sdružení

ambulantních dermatologů a výboru České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP. „Zvolení do představenstev si vážím. Jsem tam, abych hájila zájmy naší odbornosti a ambulantních lékařů obecně. Myslím, že všude je třeba uplatnit zkušenost z běžné ambulance. Proto se snažím předávat konkrétní zkušenosti z našich praxí na jednání, kde se rozhoduje o ekonomických otázkách zdravotnictví. Zpětně informuji kolegy o tom, nač je třeba si dát pozor ve vztahu k pojišťovně a dalším orgánům, které mohou jejich činnost ovlivnit,“ vysvětluje doktorka Vocilková. Dílčí problémy je podle ní možné řešit i s podporou České lékařské komory (ČLK). Jak ale dodává, „někdy jsem měla dojem, že zástupci ČLK našim argumentům nerozuměli, nebo je nechtěli podpořit“.

Pojišťovny často neslyší ani na úspory

Podobný pocit má Andrea Vocilková také z pojišťoven. „Nejhorší je, že nás nechtějí vyslyšet ani v případech, kdy by se dalo ušetřit. Někdy to není jednoduché. Nemyslím jenom pro mě. Snažím se nahlížet na problémy i pohledem svých kolegů a neoddělovat to, co vadí jen mně, od toho, co škodí celé naší specializaci,“ myslí si.


Dlouhodobě, tedy celých patnáct let, co působí v ambulanci praxi, se u pojišťoven snaží prosadit změnu vykazování u několika položek, které kožní lékař v ambulanci běžně provádí. „V poslední době se na základě jednání zástupců výboru České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP podařilo přesvědčit odpovědné pracovníky pojišťoven a ministerstva, aby povolili nasmlouvání kódů určených pro odstraňování kožních afekcí bez uzavření rány a s uzavřením rány sešitím. Takže pokud kožní lékař stanoví diagnózu a má své pracoviště pro tyto zákroky vybavené, může také projev kožní afekce odstranit. A hlavně to může pojišťovně vyúčtovat,“ popisuje kožní lékařka.

Oproti tomu zůstává nedořešený kód aplikace tekutého dusíku. Uspokojivě vyřešené zatím není ani vykazování epikutánních testů. Kéž by obor trápil tzv. minutová režie. Dermatologie je zařazena mezi specializace s nejnižšími náklady na provoz, přestože pacienti často trpí různými typy kožních a venerických infekcí, kterým je nutné přizpůsobit chod celého pracoviště. I zde MUDr. Vocilková avizuje další vyjednávání.



Ilustraci foto: presseclerke.de

**Oberarzt (m/w) und
Weiterbildungsassistent (m/w)**

 **inpunktmed**
di. med. Kirchmayr & Kollegen

Das Klinikum St. Marien Amberg ist ein Schwerpunkt-Krankenhaus mit 574 Betten in 13 Fachabteilungen und 4 Belegabteilungen. Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Erlangen und Regensburg.

Wir suchen baldmöglichst einen

Oberarzt (m/w)
mit der Facharztbezeichnung Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie (Facharzt Angiologie) oder Erfahrung in Gefäßmedizin
und

Weiterbildungsassistenten (m/w)
Innere Medizin/Angiologie

Die Abteilung für Angiologie und Hämostaseologie existiert seit dem 01.10.2010. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Praxis inpunktmed – Dr. Kirchmayr & Kollegen. In beiden Einrichtungen werden Patienten mit allen Erkrankungen der Angiologie und Hämostaseologie und mit chronischen Wunden sowohl ambulant als auch stationär behandelt.

Im Gefäßzentrum St. Marien besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Abteilung für Gefäßchirurgie und Radiologie am Klinikum Amberg. Wir bieten Ihnen eine interessante Stelle, in der Sie sich im gesamten Gebiet der Angiologie/Hämostaseologie und Wundmanagement sowohl im Klinikum als auch in der Praxis inpunktmed weiterbilden können. Sie können sich neben fachlichen Kenntnissen auch Erfahrungen in der kompetenten Führung einer Arztpraxis, zum Beispiel vor geplanter Niederlassung, aneignen.

Bewerben Sie sich und arbeiten Sie in einem motivierten, engagierten und freundlichen Team mit der Möglichkeit flexibler Arbeitszeiten. Wir bieten Ihnen Arbeitsbedingungen nach dem TV-Ärzte/VKA mit allen tariflichen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Für weitere Informationen steht Ihnen der leitende Abteilungsarzt am Klinikum und Inhaber der Praxis inpunktmed **Dr. med. Konstantin Kirchmayr** (Tel. +49 (0) 9621/91653-0 oder info@inpunktmed.de – www.inpunktmed.de) zur Verfügung. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an das Klinikum St. Marien Amberg, Personalabteilung, Mariahilfbergweg 7, D-92224 Amberg.

Ausführliche Informationen über unser Haus finden Sie unter www.klinikum-amberg.de

Medizin. Menschlichkeit. Miteinander.

Slovenské pojišťovny budou moci opět vytvářet zisk

Slovenská vláda schválila novelu zákona o zdravotních pojišťovnách navrženou ministerstvem zdravotnictví. Od srpna by podle ní zdravotní pojišťovny mohly opět vytvářet zisk.

Současná legislativa vytváření zisku pojišťovněm nedovoluje – zakázala jim to v roce 2008 vláda Roberta Fica (Smer). Kabinet premiérky Ivety Radičové (SDKÚ) však toto rozhodnutí dlouhodobě kritizoval a většina stran dnešní koalice již před volbami deklarovala, že pokud uspějí, možnost vytváření zisku ve zdravotních pojišťovnách za jasně definovaných pravidel opět povolí.

Dvě podmínky pro vytváření zisku

Novela zákona stanovuje zdravotním pojišťovněm dvě podmínky vytváření zisku. První z nich je použití zisku na tvorbu rezervního fondu, a to až do výše 20 % základního jmění. Druhou podmínkou je povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánované zdravotní péče pro pojištěnce zařazené na čekacích listinách. Tato pravidla mají podle ministerstva zdravotnictví zajistit, aby pojišťovny nevytvářely zisk v neprospěch pacientů a neodsouvaly jim například plánované operace. „Zdravotní pojiš-



Odstraňujeme nespravedlnost

Nová legislativa, jež má vstoupit v platnost v srpnu tohoto roku, přináší i další novinky – například zrušení koncové sítě nemocnic. Do ní jsou zařazena zdravotnická zařízení, jež mají strategický význam pro stát a u nichž v současnosti pro pojišťovny platí povinnost nasmlouvat péči. Podle ministerstva zdravotnictví vedl tento koncept kvůli zvýhodnění vybraných zdravotnických zařízení k deformaci trhu poskytovatelů zdravotní péče. „Tuto nespravedlnost zavedla Ficova vláda a my ji napravujeme tím, že rušíme koncovou síť poskytovatelů péče a po-

ťovna nemůže dosahovat zisku na úkor svých klientů tím, že by je namísto toho, aby jim uhradila péči bez čekání, odsouvala do pořadníků,“ píše se ve vyjádření ministerstva.

Novela zákona o zdravotních pojišťovnách podle slovenského ministra zdravotnictví Ivana Uhlíarika reaguje na rozhodnutí Ústavního soudu SR, podle ně-

hož byl zákaz vytváření zisku pojišťovny protiústavní.

Pravidla pro převod kmene

Návrh zákona zahrnuje také komplexní právní úpravu převodu pojistného kmene. Na nedokonalost současné legislativy poukázaly problémy, jež nastaly poté, co slovenský trh opustila Evropská

Další rozsudek v otázce financování výzkumu kmenových buněk

Odvolač soud na konci dubna rozhodl, že americká vláda může i nadále finančně podporovat výzkum lidských embryonálních kmenových buněk.

Soud tak zrušil loňský rozsudek soudu nižší instance, který rozhodl, že směrnice Národního zdravotního ústavu (NIH) týkající se výzkumu kmenových buněk porušují platnou legislativu, neboť vědci při své práci ničí lidská embrya, a není proto možné financovat tento výzkum z vládních prostředků.

Nejednoznačná legislativa

Právě skutečnost, že se buňky získávají z lidských embryí, byla důvodem zákazu federálního financování výzkumu, o němž během svého funkčního období rozhodl bývalý americký prezident George

W. Bush. Kabinet Baracka Obamy však jeho zákaz v roce 2009 zrušil za podmínky, že NIH nebude financovat vytváření embryí a že embrya k výzkumu budou získávána z klinik zabývajících se umělým oplodněním – tedy že budou použita pouze embrya, která by byla stejně zničena.

Obamův krok se následně stal předmětem soudních sporů. Loni v srpnu soudce okresního soudu Royce Lamberth rozhodl o opětovném zastavení financování výzkumu kmenových buněk z veřejného rozpočtu. Bílý dům se však okamžitě odvolal a soud vyšší instance poměrem hlasů 2 ku 1 rozhodl v jeho prospěch. „Americká legis-

lativa v tomto případě není jednoznačná, ale financování výzkumných projektů, v jejichž rámci jsou používány embryonální kmenové buňky, přímo nezakazuje,“ píše se v odůvodnění rozsudku.

Projasnění situace

„Dnešek je významným dnem – nejen pro vědu, ale také pro tisíce pacientů a jejich rodin, kteří závisí na vědcích zkoumajících nové léčivé přípravky založené na kmenových buňkách,“ komentoval rozhodnutí odvolacího soudu ředitel NIH Francis Collins. Celý případ začal podáním žaloby na veřejné financování výzkumu embryonálních kmenových

buněk, jejímiž autory byli vědci James Sherley a Theresa Deisherová pracující s kmenovými buňkami dospělých. Ti si totiž stěžovali, že mají ztíženou pozici při žádostech o přidělení grantu, ačkoli při své práci nenichá lidská embrya. Proti rozhodnutí soudu se mohou odvolat.

Zástupce žalující strany Samuel Casey a zároveň reprezentant organizace Law of Life Project, jež proti ničení embryí kvůli vědeckým účelům ostře protestuje, po vyslechnutí rozsudku prohlásil, že je sice zklamán, ale nijak překvapen. Naopak výkonný ředitel organizace Stem Cell Action Coalition Bernard Siegel rozhodnutí přivítal. „Je jasné, že tohle není konec soudních sporů a případ bude i nadále pokračovat, ale aspoň dočasně se situace okolo výzkumu projasnila. Pokud by byl výzkum kmenových buněk zastaven, byla by to pro mnoho pacientů tragédie,“ uvedl Bernard Siegel.

Květa Havlová

(Zdroj: Reuters)

silujeme rovnoprávnost,“ prohlásil po jednání kabinetu ministr Uhlíarik.

Změny nastanou i v konceptu pevné sítě, která pojištěncům garantuje dostupnost neodkladné ústavní zdravotní péče. „Tato síť nemocnic by měla splňovat jednoduché pravidlo – ať už se pojištěnec nachází kdekoli, nejbližší poskytovatel zdravotní péče by měl být přímo v jeho okrese nebo v některém ze sousedních,“ upřesnil ministr zdravotnictví s tím, že výhodou systému je garance rovnoměrného rozložení zdravotnických zařízení v pevné síti a zároveň ochrana před centrálním slučováním nemocnic.

Květa Havlová

(Zdroj: Pravda)

Nemocnice budou odměněny za lepší péči

Americké nemocnice, které zlepšily péči o seniory a snížily počet lékařských pochybení s následkem smrti, dostanou finanční bonusy.

Vyplývá to z motivačního programu, který představila tamní vláda a jež by měl snížit celkové náklady na péči vydané v rámci zdravotního pojištění seniorů a zdravotně postižených Medicare.

Kvalita, ne jen kvantita

Jen za rok 2009 program Medicare vydal navíc 4,4 miliardy dolarů za péči o seniory, kteří byli poškozeni během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Opětovná hospitalizace kvůli chybné zdravotní péči pak Medicare, který se navíc potýká s každoročním snižováním rozpočtu, stála dalších 26 miliard dolarů.

Nemocnice, jež v roce 2012 splní stanovené standardy péče o seniory, si v následujícím roce přilepší o podíl z 850 milionů dolarů, které pro tento účel Medicare vyčlenil. „Je to historický přelom,“ prohlásil Donald Berwick z federální agentury Centers for Medicare and Medicaid Services. „Poprvé totiž zdravotnická zařízení budou odměňována na základě kvality péče, nikoli jen na základě kvantity.“

Podle údajů z posledních výzkumů zemře kvůli chybné péči v nemocnicích každoročně 98 tisíc obyvatel USA.

(Zdroj: Msn News)

(kha)

Z MÉHO DENÍKU

Dočkal jsem se císaře!

Dnešní ukázka z deníku MUDr. Tomáše Šebka, který si psal během své podzimní mise Lékařů bez hranic na Haiti, přináší popis radostné události.

Haiti - den 63.

„Koumon ou ye?“ Kdo si počká, ten se dočká. Dneska jsem se dočkal toho, nač jsem od začátku čekal. Dneska jsem završil svoji gynekologickou minizkušnost. Dneska jsem porodil dva zdravé kluky cestou, kudy chodí císaři. Dneska jsem sám udělal dva císařské řezy. A dneska jsem si taky uvědomil, jak moc jsem si kolem sebe zvyknul na lidi od Lékařů bez hranic. Jak je mám rád, jejich humor a jak mi budou scházet. Zkusím vymyslet jak otevřít misi u nás v nemocnici v lese...

Geraldson chodí...

Mám neskutečnou radost. Geraldson si s mojí dopomocí dneska stoupl. Každý den se těším na další pokrok, který tenhle můj pacient udělá. Už jsem několikrát psal, jak jsou lidi na Haiti dobře rostlí a co všechno vydrží. Tenhle vydržel příšernou nehodu na motorce a prolomenou lebku. Následně jsem mu vytáhl kost z mozku a on po tejdnu stojí na svejch.

Ještě jsem mu nedělal kontrolní rentgen, takže netuším, jestli jsem mu z kebule vytáhl skutečně tu pravou kost. Ale nebylo by překvapení, kdyby to dokázal i s kostí pořád uvnitř. Jen já bych byl za trotha. Ale to mi nevaďí, hlavně že je živ a začíná se opět těšit dobrému zdraví. Zázraky se dějou i na Haiti. A ne, že ne.

Bez rentgenových očí

Kvůli barikádám, střílečkám a zapáleným pneumatikám se do práce nedostane polovina zaměstnanců naší nemocnice. Druhý den kvůli tomu nemáme například ani rentgen. Doteď jsem jenom slyšel, že na většině misí je rentgen absolutním přepychem. Teď se to stalo skutečností i tady. Pro evropsky rostlého doktora nepředstavitelné. Ale když nemáš jinou možnost, začneš zlomeniny rovnat od oka. A pak se jen modlíš, aby to dobře srostlo.

O stupeň výš je operace kostí bez rentgenu. Že ho nemáme na sále, na to už jsem si dávno zvyknul a vůbec mi to nepříjde. Ale aspoň pozdějc se můžu podívat na to, co jsem tak úplně netrefil a co bude potřeba dopilovat. Tahle možnost se ale včera rozplynula. Tak jsme poprvé dělali zevní fi-



Foto: archiv Tomáše Šebka

xaci otevřené zlomeniny holenní kosti, aniž bychom věděli, jak to vlastně uvnitř vypadá. Nohu jsme si nejdřív narovnali. Pak pomocí hřebíků „ohmatali“ konce zlomeniny a jednotlivé úlomky. Zavrtali je do bezpečně zdravé kosti poblíž zlomeniny a smontovali konstrukci. A nakonec od oka dorovnali tak, aby noha vypadala přirozeně a byla stejně dlouhá jako ta druhá. Jsem si jistý, že jsme to srovnali přesně. Jde to i bez rentgenu, zbytečného přepychu západem zhejčkaných doktorů...

Císařské řezy v rukou traumatologa

Od prvního dne jsem se chodil dívat na řezy a občas u nějakého asistoval. Je to pěkná práce. Když má gynekolog problém a chirurg je na sále, obvykle pomůže. Před měsícem mě Hanne taky zavolala. Měla parádní krvácení ze žilních plexů za symfýzou. Trochu jsem jí s tím píchnul a ona mi zřejmě ve slabé chvíli slíbila, že si můžu pod jejím dohledem císaře udělat.

Předevčím mi volala, měl jsem urgentního pacienta. Včera taky volala. Byl jsem zrovna na vizitě s Fredim, kterou jsem musel dokončit a poreferovat mu o pacientech, kteří přišli v době, kdy tady nebyl. Takže zase nic. Dneska ráno měla naplánovanou sekci a já se jí držel jak lejno košile. Je to mamina, která už jedním řezem prošla. Ne Hannelore, ta rodička. Není neobvyklé, že tu mají

druhou, třetí, a dokonce jsem asistoval u holky, co už měla čtvrtou sekci. Říznu v původní jizvě. Je to trochu srostlé, ale statečně pokračuju. Dělam to podle německé školy. Ne tak, jak jsem to viděl doma. Takhle mi to přijde elegantnější a rychlejší.

Zaprvé stojím z pravé strany pacienta. To mi přijde pro praváka logičtější. Jako chirurg si taky stoupám zprava. Mám všechno po ruce a to platí i při vyndávání prcka z dělohy. Řez kůže je normální, ale podkoží se řeže jenom uprostřed k fascii. Zachovávají se tím obě epigastriky. Jenom se to manuálně a neostře roztáhne. Pak se jde pod fascii a nad příčnými břišními svaly směrem nahoru. Tam se otevírá břicho. Všechno tupě, prstama, přesto naprosto precizně a rychle.



Foto: archiv Tomáše Šebka

Dvě pusy pro Hanne

Když se vyvalí děloha, jen se rozhodnu, v jaké výšce ji naříznu, aby to nebylo příliš nízké a ani příliš vysoké. Dělam jenom centimetrový řez pro prst. Žádný dlouhý, jako jsem viděl doma. Do díry strkám jeden, potom dva prsty a pak prsty obou rukou a roztahuju dělohu jako půlměsíc v koncích směrem nahoru, abych nás všechny uchránil příšerného krvácení z tepen po stranách vedoucích do dělohy.

Pak už strkám do dělohy celou pravou ruku pod mimino. A když jsem si jistý, že mi na ní pěkně leží, pomáhám si rozumným tlakem levou rukou přes břicho, abych ho vysvobodil. Hlavička je venku, horní ramínko, dolní ramínko a šup, je venku celé. Hanne odsává mimino, já sekám pupočník, pediatrická sestra odnáší a pediatr zkoumá novorozene a pomáhá mu s prvními minutami. Je to kluk a je zdravý. Vyklopím dělohu před břišní stěnu, chytám krvácení v obou rozích řezu na ní a postupně zašívám, co jsem otevřel. Pěkně steh za stehem a tak, aby vlákno nebylo uvnitř dělohy. Sušíme, zkoumáme, došíváme a zastavujeme krvácení. Pak přes dělohu přešiju peritoneum. Zaklopím ji zpátky do břicha. Vysuším všechno nad ní, zkouknu tovarnu na další děti v podobě obou vaječníků a znovu zkoumám, jestli nic, zejména v rozích, nekrváčí.

Pak šiju šup šup peritoneum a dvěma adaptačními stehy příčný svaly k sobě. Fascii, podkoží a intradermální steh kůže. Ještě maminu vyluxuju zespoda, odhobluju poslední erytrocyt a je hotovo. Bylo to krásné. Je to jediná operace, na jejímž začátku je jeden člověk a po ní dva a více. Mám děsnou radost, a aby toho nebylo málo, po obědě dělám ještě jednu sekci. Hanne mě chválí, ale celé je to její zásluha a taky nesmírná odvaha pustit k neče-

mu tak odpovědnému stupidního ortopeda. Když skončíme, dám jí dvě pusy. Za každého císaře jednu. Ani netuší, jak obrovskou radost mi udělala.

Profesní i lidská nirvána

Lékaři bez hranic mi budou scházet. To vím naprosto přesně. Jakkoli mě to někdy štve, převládající pocit je nirvána. Je to vrchol mezilidských vztahů, nezištné pomoci, kamarádství a profesní zdatnosti. A kromě toho v nejužším medicínském týmu jsme si do vlasů nevleli ani jednou.

Je to děsně pěkný, jak úzce tady pracujeme a spolupracujeme. Nikdo se tu nekouká na to, kdo je sestra a kdo doktor. Poslouchám na slovo zkušené sestry, absolutně mi nevaďí, když píšou medikace mých pacientů. Anesteziologické sestry tady běžně vedou celou anestezií. Obdivuju je a s úctou dělám všechno, co navrhnou a radí. Kromě těch největších kravin. (smích) A to je všechno.

V týmu doktorů jsme u všeho společně. Na vizitách potkáte internistu, který vám za pochodu vysvětlí interní problém nebo nějakou epidemiologickou lahůdku. Neurolog zase jen tak mimochodem zkoukne mozky kokomenů. Pediatři se nás ptají, na jak dlouho sádrujeme jejich svěťence, a my se zase ptáme, jaké dávky analgetik jim máme nastavit. Gynekologové nám dělají ultrazvuky břicha a my jim na oplátku sem tam narovnáme zlomenou kost nebo podržíme háky na sále.

Není rozdílu

Nejužší tým spolu doslova žije ve dne v noci. Je to chirurg a anesteziolog. Jsem to já a momentálně Jacob. Druhý tým je Fredi a Jacqueline. A hned vedle nás stojí místní doktor a gynekoložka Hannelore a internisté Sneha a Kyioshi. Rakušan, Němka, Švýcar, Francouzka, Australanka, Japonce... Přestože jsme každý jiné národnosti, rozumíme si a já zjišťuju, že není rozdílu mezi národama.

Jsmo tady jako doktoři. Jako lidi, co měli šanci naučit se něco o lidském těle a svoje zkušenosti proměnit ve prospěch kolemjdoucích potřebných. A furt se učíme. Nejsme tady jako závistiví, sebestřední specialisti. Nepomlouváme se. Jenom spolu prostě pracujeme a ono nám to pěkně roste pod rukama. Ono to krásně roste pod rukama Lékařů bez hranic. Tyvole, to je to dojemný teda! (smích)

(www.medicman.cz)

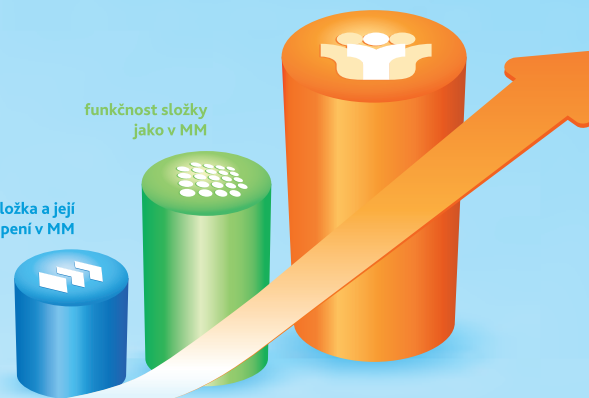
Jsou všechna kojenecká mléka stejná?



prokázané účinky
na zdraví dítěte podle vzoru MM

funkčnost složky
jako v MM

složka a její
zastoupení v MM



MM = mateřské mléko

Které mléko nabízí skutečně prokázané zdravotní benefity?

Mateřské mléko je zlatým standardem

a většina výrobců kojeneckých formulí se mu svým složením snaží co nejvíce přiblížit. To, že formule obsahuje některou složku po vzoru mateřského mléka, však ještě nemusí být dostatečné.

Důležité je jakou má daná složka zastoupení ve složení mateřského mléka, zda má obdobnou funkčnost a zda její přítomnost v kojenecké formuli přináší také obdobné účinky.

Publikované vědecké studie a prokazatelné pozitivní účinky na zdraví kojenců a malých dětí jsou tím, co jednotlivé značky kojeneckých mlék stále velmi výrazně odlišuje.

Nutrilon se inspirovuje mateřským mlékem na všech třech úrovních:



Prebiotické oligosacharidy jsou třetí největší složkou mateřského mléka.¹



Funkčnost (pozitivními účinky na střevní mikroflóru²) se jim nejvíce blíží unikátní směs oligosacharidů GOS/FOS 9:1 obsažená pouze v mlécích Nutrilon.



Nutrilon má klinicky ověřené účinky na zdraví dětí - signifikantně snižuje výskyt opakovaných respiračních a průjemových onemocnění a nutnost opakovaného užití antibiotik.³



Spolehněte se na Nutrilon a jeho prokázané účinky na zdraví dětí

Inspirováno mateřským mlékem, ověřeno vědecky.

Materiál je určen pro odbornou veřejnost.

Reference:

1.) Neuburg DS. et al., Carbohydrates in milks: analyses, quantities and significance. Handbook of milk composition. Academic Press, 1995; 273-349.

2.) Knol J et al., Colon microflora in infants fed formula with galacto- and fructo- oligosaccharides: more like breastfed infants. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2005; 40: 36-42.

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

Důležité upozornění: Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu - potravina pro zvláštní lékařské účely.

Vaše dotazy zodpovíme na infolince v pracovní dny od 8.30 do 16.00 hod.

MÁTE OTÁZKU? VOLEJTE ZDARMA

800-110-000

www.nutrilon.cz



Pánové na **ADAMA**

Petra Klusáková
Foto: Shutterstock

Pacienti v případě ADAM (*Androgen Decline in the Ageing Male* neboli poklesu hormonu androgenu u stárnoucích mužů) před lékaři často obnažují nejintimnější partie. Interdisciplinární obor andrologie jim dokáže pomoci a vyřeší i řadu dalších souvisejících problémů.

Mezinárodní andrologická společnost (ISA) definuje andrologii jako odvětví vědy a medicíny zabývající se mužskými (samčími) reprodukčními orgány u člověka i u zvířat a jejich onemocněními. Zahnuje všechna příbuzná odvětví vědy – svým širokým záběrem působení na zdravotní stav muže zasahuje nejen do nejpříbuznější urologie a sexuologie, ale i endokrinologie, částečně gerontologie, navíc je třeba mít též znalosti psychologie či reprodukční medicíny. „Andrologie se oproti zmíněným oborům vymezuje komplexním pohledem na problematiku a tím, že androlog pacienta vyšetří i fyzikálně – vždyť mnoho poruch má původ v urologických onemocněních. Následuje diagnostika ul-

trazvukem a lékař poté indikuje další odborná vyšetření, která se problematiky týkají,“ vysvětluje předseda andrologické sekce Urologické společnosti ČLS JEP MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., z Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

„Protože se andrologie zabývá fyziologií a patologií mužských reprodukčních funkcí, primárně se vyvíjela s klinickým zaměřením hlavně na diagnostiku a terapii poruch mužské plodnosti. V některých částech světa je proto úzce napojena na centra *in vitro* fertilizace a asistované reprodukce. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se má andrologie zabývat veškerými aspekty mužského reprodukčního zdraví,“ doplňuje primář Centra androlo-

gické péče Androcare v Českých Budějovicích MUDr. Vladimír Kubíček, CSc., který je zároveň předsedou České společnosti pro sexuální medicínu.

Historie oboru

Termín andrologie byl poprvé použit v roce 1891 v článku „Andrologie jako specializace“, který otiskl lékařský časopis JAMA. „Editorial byl brzy zapomenut, ale obsahuje pasáže, které jsou i po více než 110 letech zcela validní a lze je považovat za základní kameny oboru,“ uvádí Vladimír Kubíček. Prvním chirurgem, který úspěšně operoval obstrukční azoospermii (absence spermií způsobená neprůchodností semenných cest), byl v roce 1902 britský lékař Edward Martin. Jako klinik zdůrazňoval

nutnost přesné diagnostiky při léčbě mužské infertility a dodnes je považován za zakladatele moderní klinické andrologie. Jednu z prvních významných knih o lidském spermatu napsal Charles A. Joël a vyšla v roce 1953.

Poměrně mladý obor se začal významně vymezovat v 80. letech 20. století. „Dramatické změny se v andrologii odehrály po roce 1978, kdy začala éra klinicky úspěšné *in vitro* fertilizace. V první polovině 90. let 20. století andrologie zesílila s nástupem techniky intracytoplazmatické injekce spermie do oocyty a ve druhé polovině 90. let s nástupem klinicky účinných léků umožňujících efektivní terapii erektilní dysfunkce. Velký rozvoj diagnostiky v andrologii přinesly v posledních 25 letech neinvazi-

vní diagnostické metody, tedy dopplerovská a intrakavitální vysokofrekvenční ultrasonografie, možnosti podrobné hormonální diagnostiky a minimálně invazivní operativy,“ vypočítává MUDr. Kubíček.

Světové prvenství v operaci erektilní dysfunkce

Také u nás má andrologie kořeny v reprodukční medicíně. Nástup měla nejprve v oblasti veterinární. Ve Výzkumném ústavu veterinárního lékařství v Brně provedl prof. MVDr. Zdeněk Věžník, DrSc., zatím nejrozsáhlejší výzkum vývoje spermatogeneze v populaci českých mužů za posledních 35 let. V humánní medicíně byl u nás prvním lékařem



Vladimír Kubíček

specializujícím se na andrologii MUDr. Karel Kočí, CSc. Andrologickou sekci České urologické společnosti ČLS JEP založil v roce 1998 MUDr. Vladimír Kubíček, CSc., a od roku 2005 se andrologie rozvíjí také na půdě interdisciplinární České společnosti pro sexuální medicínu, jejíž činnost navazuje na mezinárodní aktivity v rámci European a International Society for Sexual Medicine.

„K rozvoji andrologie v naší zemi přispěly nepochybně i práce v oblasti endokrinologické, psychologické, psychiatrické a sexuologické. Mezinárodně významná byla práce cévního chirurga doc. MUDr. Václava Michala, CSc., který jako první na světě v 70. letech diagnostikoval a operačně léčil arteriogeně podmíněné erektilní dysfunkce,“ upozorňuje na světové prvenství české andrologie MUDr. Kubíček. Počátkem 21. století převládla u některých českých andrologů ambice reprezentovat, u jiných léčit pacienty. „Obojí stihnout není dobře možné, proto se další vývoj andrologie rozdělil. Nyní se situace začíná opět zlepšovat,“ dodává.

Samostatně, nebo pod urologickými křídly?

V Česku andrologie není samostatnou specializací, naprostá většina lékařů má proto atestaci z urologie, v rámci které zájemci projdou specializačním kurzem andrologie. „Andrologie v českých zemích zatím o své místo na slunci bojuje, na rozdíl například od Slovenska, kde je samostatnou nastavbovou atestací v postgraduálním vzdělávání,“ popisuje okrajové postavení oboru Libor Zámečník. O vzniku samostatné společnosti v rámci ČLS JEP se však podle něj zatím neuvažuje. Lékařů, kteří mají ve své ambulantní nebo klinické praxi zájem o provozování andrologie, je stále poměrně málo.

Kvality správného androloga

Primář Vladimír Kubíček vypracoval pro Urologickou společnost ČLS JEP již před deseti lety souhrnnou charakteristiku lékaře, který se zabývá andrologií v návaznosti na obor urologie. Soubor informací byl určen k nastavbové atestaci z andrologie.

Lékař podle něho má mít velmi dobrou znalost normální a patologické anatomie, histologie, embryologie, fyziologie a patologické fyziologie pohlavního ústrojí muže a ženy. Androlog by měl provádět například vyšetření pro erektilní, ejakulatoční a obecně sexuální dysfunkci muže včetně farmakodynamických testů, vyšetření pro mužskou infertility, vyšetření pro ženskou sexuální dysfunkci, mikrochirurgické operace genitálu s pomocí zařízení umožňujícího nejméně pětinásobné zvětšení (optimálně více než osminásobné), dopplerovská vyšetření cévní perfuze genitálu na přístroji umožňujícím kvantitativní a kvalitativní hodnocení, ultrasonografii genitálu včetně transrektální ultrasonografie či spermatologické vyšetření v rozsahu splňujícím základní požadavky WHO. Androlog má mít možnost spolupráce s pracovištěm asistované reprodukce, sám provádí mikrochirurgické odběry zárodečných buněk u muže se zpětnou vazbou na embryologa. Je schopen vést individuální a vyváženou diagnostiku a organickou a psychologickou léčbu. Zná možnosti asistované reprodukce a indikace k asistované reprodukci pro mužský i ženský faktor infertility.

Pomáhají i křečci

Jak připomíná MUDr. Zámečník, muži z neplodných párů, které androlog vyšetřuje a eventuálně u nich řeší léčitelnou příčinu sterility, tvoří v andrologické ordinaci podstatnou část pacientů. Andrologicky podmíněná neplodnost neboli subfertilita je onemocnění, při kterém problém spočívá v tvorbě spermií či v jejich nedostatečném množství a pohyblivosti. Díky mimotělnímu oplodnění existuje řada testů, jež umožňují zjistit, jakou mají spermie oplodňovací schopnost. Jde například o počítačově asistovanou analýzu spermií (CASA), která je variantou spermogramu a určuje hlavně koncentraci spermií. Hypoosmotický test (HOS) zase dokáže odlišit nepohyblivou živou spermii od nepohyblivé mrtvé spermie. Na rozdíl od mrtvých spermií totiž živé spermie mají schopnost v roztoku nabobtnat.

Úspěch terapie IVF zaručuje schopnost spermie navázat se na zonu *pellucidu* – tuto způsobilost spermií zkoumá vyšetření s názvem *Hemizona assay*. Úspěchem proniknutí spermie do vajíčka se zabývá penetrační test. Jsou při něm smíchána vnějšího obalu zbytečná vajíčka křečků a testované spermie. Hodnotí se, kolik spermií do vajíčka pronikne. Testuje se také vztah spermií a děložního hlenu. Významným objevem v léčbě andrologicky podmíněné sterility je intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI). S pomocí této metody je možná i léčba mužů s azoospermii. Spermie pro ICSI jsou získány buď z nadvarlete (*microsurgical epididymal sperm aspiration*, MESA), či přímo z tkáně varlete (*testicular sperm extraction*, TESE). Volba vhodného postupu záleží na stanovení příčiny a typu onemocnění.

Mužská antikoncepce

Andrologové se také stále častěji zabývají problematikou mužské antikoncepce. Vazektomie, která je považovaná za nejúspěšnější metodu, je prováděna standardně, neovlivňuje libido ani potenci. Nově lékaři využívají miniinvasivní metody, jako je perkutánní elektrokoagulace či chemické uzavření chámovodu.

V souvislosti s reprodukcí však chirurgické přetěti a podvázání chámovodů přináší určitá rizika. Andrologická centra často upozorňují své pacienty na fakt, že znovuzprovoznění funkce reprodukčních orgánů je téměř nemožné. Opětovná rekanalizace se provádí chirurgicky, její úspěšnost však dosahuje maximálně pěti procent. Pokud se muž po vazektomii rozhodne, že bude mít děti, řada andrologických pracovišť doporučuje namísto chirurgické ná-

pravy levnější a spolehlivější cestu odběrů, jako je MESA/TESE.

Lepší nálada a erekce v pilulce

Mezi poruchami sexuality, s jejichž nápravou se lékaři v andrologické ordinaci potýkají nejčastěji, jsou poruchy sexuální výkonnosti v oblastech sexuální touhy, sexuálního vzrušení, orgasmu a sexuálního uspokojení. Významnou část tvoří pacienti s erektilní dysfunkcí, tedy trvalou neschopností dosáhnout nebo udržet erekci penisu pro sexuální aktivitu. Ta postihuje jednoho z deseti mužů. Do andrologických ordinací přichází i řada mladých mužů, u nichž má erektilní dysfunkce v 80 až 90 % psychogenní základ. Cesta ze začarovaného kruhu bývá v těchto případech obtížná. Ale ne méně než například nalezení optimální medikace pro staršího muže s diabetem, kterému erektilní dysfunkci způsobují navíc i léky na hypertenzi. K sexuálními poruchám mohou vést také onemocnění šourku a penisu, k nimž patří varikokéla, plastická indurace penisu a další vrozené vady.

Další skupinou specifických problémů, které andrologie řeší, je mužské stárnutí, tzv. mužské klimakterium. Podobně jako u žen dochází i u mužů k poklesu hladiny pohlavního hormonu. Oproti ženám jde o pozvolnější proces a substituční hormonální terapie přináší pozitivní změny v kvalitě života muže, u něhož se zlepšuje sexuální apetence, upravuje se nálada, zvyšuje energie. „Poté, co jsme začali řešit mužské klimakterium, čili období ‚stárnutí muže‘ spojené s poklesem mužského pohlavního hormonu testosteronu, se andrologie poměrně obsáhle zabývá také endokrinologickými



Andrologie u nás zatím o své místo na slunci bojuje, říká Libor Zámečník.

TÉMA ČÍSLA

Andrologické sympozium

Andrologická sekce ČUS ČLS JEP odborně podporuje letos již 16. ročník sympozia. Každoroční setkání andrologů, sexuologů, psychiatrů, endokrinologů, gynekologů a pracovníků v reprodukční medicíně počátkem června v Českém Krumlově je hojně navštěvovanou akcí pro svůj rozmanitý a interdisciplinární program, letos obohacený o samostatnou sekci sester pod záštitou urologické sekce České asociace sester.

vyšetřením a léčbou pomocí testosteronových preparátů,“ popisuje Libor Zámečník. Opakovaná vyšetření před zahájením hormonální substituce jsou nutná ke včasnému odhalení rizika vzniku karcinomu prostaty.

Budoucnost? Miniinvasivita, jež neboli

„Současná andrologie v České republice je na úrovni srovnatelné s andrologií celosvětově. Obor se rozvíjí již od samého začátku díky práci jedinců a usílí něco nového se naučit a zavést to do klinické praxe. A tak se u nás již od dob československých průkopníků andrologie tento obor drží na světovém standardu,“ podotýká MUDr. Zámečník a dodává, že v léčbě andrologických obtíží dnes neexistuje nic, co by českým pacientům bylo nedostupné. Důkazem je například pediatriká andrologie. „Dětský urolog zabývající se andrologií bývá součástí specializovaného týmu odborníků určujících pohlaví u vrozených vývojových vad novorozenců. U dětí a adolescentů se věnuje problémům, které by v budoucnu mohly negativně ovlivnit reprodukční funkci,“ doplňuje předseda andrologické sekce Urologické společnosti ČLS JEP.

A jaká je budoucnost celého oboru? Trendy v andrologii se podle MUDr. Zámečníka jednoznačně kloní k miniinvasivitě, pacienti se již dnes nemusí obávat, že by základní diagnostické postupy byly invazivní, a tudíž nepříjemné. „Díky rychlé dostupnosti všech nových poznatků z výzkumu nových léků na poruchy erekce lze takto účinně léčit téměř 95 procent našich pacientů. Nové postupy se týkají i operačních metod, a pokud je to možné, jsou pacienti ošetřováni v režimu jednodenní či ambulantní chirurgie,“ shrnuje nové přístupy v andrologii MUDr. Libor Zámečník.

KAZUISTIKY Z CENTRA ANDROLOGICKÉ PÉČE ANDROCARE

Kazuistika č. 1: **Terapie „před Viagrou a po ní“**

Muž ve věku 51 let, byl naším pacientem po deset let. Hlavními subjektivními potížemi byly problémy s erekcí. Během 12 měsíců před první návštěvou našeho pracoviště (v březnu 1997) pozoroval postupné zhoršování nástupu i udržení rigidity penisu. Tři měsíce před první návštěvou potíže s erekcí subjektivně výrazně progredují.

Byl již dříve léčen na jiném pracovišti, užíval Secatoxin gtt, Afrodor 2000 tbl., dostal 3 injekce Agovirinu depot, poslední injekci 6 měsíců před návštěvou u nás (bez hormonálního vyšetření).

Anamnéza

Kouřil 30 let asi 20 cigaret denně, přestal kouřit v prosinci 1996. Závažná celková onemocnění kardiovaskulární, onemocnění jater či ledvin neprodělal, normotoniik, glykemie v normě. Před 30 lety byl léčen pro vředovou chorobu žaludku, medikace pro tuto indikaci naposledy 10 let před první návštěvou u nás. Cévní onemocnění – horší prokrvení levé dolní končetiny po úrazu – utrpěl zlomeninu stehenní kosti a kolenního kloubu v roce 1968, řešení operační. Operace hlasivek v roce 1982, jiné operace neměl. Anamnéza intermitentních vertebrogenních potíží, bez úrazu páteře. Fertilita bez potíží, má dvě děti, onemocnění či operace genitálu neprodělal.

Klinický nále

Maskulinní *habitus*, *gl. thyroidea*, prsy klinicky klidné, poslechové dýchání a akce srdeční bez patologických fenoménů. *Testes* nebo-

lestivá, normotonická, bez dilatace testikulárních vén, Valsalvův manévr negativní. *Per rectum* jeví známky incipientní BHP bez ložiskových změn.

Bylo provedeno ultrasonografické vyšetření kavernózní tkáně a kavernózních arterií, *testes* a prostaty, farmakodynamické dopplerovské vyšetření kavernózní tkáně a *aa. cavernosae* s intrakavernózní injekcí PGE-1 – Caverject 10 µg, c. cavern. dx. autoinjektorem a audiovizuální stimulací (CIS test). Rigidita po podání PGE-1 subjektivně asi 50%, evidentní tumescence kavernózních těles. Doppler po PGE-1: *aa. cavernosae* – arterial peak flow velocity dx. 10,7 cm/s, sin. 15,1 cm/s, baseline = 0. Proveden odběr krve na hormonální vyšetření v rozsahu LH, prolaktin, celkový testosteron, estradiol 17 beta, progesteron, kortizon, tyroxin, SHBG a DHEA sulfát. Současně byla stanovena hodnota tPSA. Hormonální výsledky prokázaly zvýšený poměr SHBG k hladině celkového testosteronu, tj. nižší *free androgen index* (stanovení volného testosteronu tehdy ještě nebylo dostupné). Ostatní hodnoty byly v limitech referenčních rozmezí, nebyla zde indikace k HST androgeny (celkový testosteron 29,4 nmol/l)

Terapie

Vzhledem k tomu, že léčba začínala v březnu 1997 a farmakodynamické dopplerovské vyšetření kavernózních těles a arterií ukazovalo na převažující arteriogenní příčinu erektilní dysfunkce, byla indikována terapie



Ilustrační foto: Shutterstock

intrakavernózními injekcemi PGE-1 alprostadil (Caverject). Při ambulantních podáních PGE-1 přibližně v týdenních intervalech byla *stepwise* během šesti návštěv vytitrována dávka 10,5 mikrogramu PGE-1, která vyvolávala dostatečně rigidní erekci, spontánně odeznívající po 2 hodinách. Nevyskytly se žádné vedlejší negativní účinky léku ani místní hematomy či bolestivost. Pacient byl v květnu 1997 převeden na autoinjekční podávání PGE-1

– po pečlivé demonstraci, nácvi-ku, podepsání informovaného souhlasu mu byl vydán autoinjektor pro domácí autoaplikaci, injekce s mikrojehlami a doporučení nepřekračovat dávku 10 µg PGE-1. S touto terapií byl pacient spokojen, řádně docházel na kontroly, postupně si snižoval dávku PGE-1 až na 7,5 µg, po ztrátě autoinjektoru se jako bývalý vojenský sanitář naučil bez problémů aplikovat injekce do kavernózních těles „z ruky“.

Poté, co se pacientovi dostalo informací o novém léku (v prosinci 1998) – Viagře, ihned navštívil ordinaci. Bylo mu vysvětleno, že je nutno počkat na registraci léku v ČR. Po registraci sildenafilu v ČR začal užívat před stykem 50mg a později 100mg tablety, které užívá dosud. Dávka 50 mg mu připadá slabá, 100mg tablety si nedělá na poloviny.

Během terapie opět začal kouřit, až 30 cigaret za den, objevila se hypertenze, léčená Lokrenem 20mg tbl./den. Je hraničně kompenzován, kontrolní TK v roce 2004 byl 138/95, puls 61 tepů za minutu. Během kontrol pacientovi postupně vysvětlován efekt dalších nových léků – Uprimy, Cialisu, Levitry. Pacient neměl zájem o jejich preskripci.

Ze subjektivního pohledu pacienta je efekt Viagry dobrý, 100mg dávky užívá dlouhodobě bez vedlejších nežádoucích účinků, je třeba latence půl až tři čtvrtě hodiny před sexuálním stykem, aby lék účinkoval. Opakování styku je možné týž večer, ale někdy i ráno po večerním užití Viagry, což by bez léku nebylo možné. Pacient srovnává rychlost dosažení rigidity penisu a intenzitu rigidity PGE-1 versus Viagra. Subjektivně větší rigiditu a rychlejší nástup účinku udává u PGE-1, který (přiznává, že ze svého rozhodnutí) někdy dále používá, ale nikdy současně s Viagrou. Na Viagře oceňuje zejména snadnou formu podání (polknutí tabletky vs. intrakavernózní injekce) a pohotovost (není nutná příprava roztoku, stříkačky, dezinfekce apod.).

Subjektivně je pacient se svým sexuálním životem spokojen, ve věku 60 let je sexuálně aktivní několikrát za víkend.

Kazuistika č. 2: **Sexuální dysfunkce a celkový zdravotní stav**

Pacient ve věku 49 let, mohutné postavy pyknicko-atletického habitu. Přichází pro potíže s erekcí, které jej trápí již tři roky.

Popis potíží

Potíže začaly v souvislosti s pálením a bolestí v uretře při ejakulaci, progresivně ubývalo schopnosti dosáhnout rigidity penisu i přes dobrou spolupráci s manželkou. Pocit orgasmu při ejakulaci má podstatně slabší než dříve, ejakulace je astenická, bez svalových pulzací, sperma z uretry při

ejakulaci jen vytéká. Uspokojivé erekce se mu podařilo dosáhnout jen s Viagrou (sildenafil), kterou mu předepsal praktický lékař. Tabletou 50 mg sildenafilu si vzal před stykem asi 20x, bez vedlejších účinků, erekce byla potě plná, s dostatečnou rigiditou. Začaly se objevovat potíže s předčasnou ejakulací.

Frekvence sexuálního styku je nyní jedenkrát za 7 až 10 dnů, téměř při každém styku dochází příliš rychle k vyvrcholení, styk proto pro partnerku není uspokojivý.

Je ženatý podruhé, se současnou manželkou žijí 9 let, určité partnerské potíže (blíže nespecifikované) byly v prvním manželství, po rozvodu byl asi rok bez partnerky. Nynější vztah je bez problémů, manželka je o pět let mladší, sexuální potíže dříve nebyly, styk byl asi 3x týdně, nyní výrazný pokles frekvence. Snižování chuti ke styku (libida) nepocituje, snížení frekvence styku považuje spíše za sekundární, do sexuální aktivity se mu příliš nechce, neboť se uspokojivě nedaří.

Vnímání sexuálních vjemů (vizuálních, dotkových) není subjektivně sníženo. Ranní erekce byly ještě před 3 roky dobré, denně (citace: „ráno jsme vstávali dva“), poslední dobou ranní erekce pozoruje výjimečně. Obavy ze selhání a očekávání nezdaru při styku nejsou subjektivně podstatné, nevzniká *circulus vitiosus* („selhání – obava ze selhání – další selhání“), ale „sám na sebe je naštvaný“, protože nedovede uspokojit partnerku. Negativní reakce partnerky na sexuální problémy však

neudává. Poslední měsíc zkoušel styk bez léků, rigidity penisu byla vždy neúplná, nedostačující.

Anamnéza

Tři roky je léčen pro hypertenzi. Před 3 lety byl na operaci varixů obou dolních končetin, kdy byla zjištěna hypertenze spolu se zvýšením hladiny cholesterolu, nad 12 mmol/l (referenční meze 3,4–5,2 mmol/l). Užívá Enap H 1 tbl./den, Lipirex 200 mg 1 tbl./den. Je sledován v ordinaci interního lékaře. Vážná onemocnění kardio-

vaskulární, ledvin či jater neprodělal. Kromě operace varixů operován nebyl, úrazy – zlomeniny končetin, bez komplikací. Před 3 lety byla při urologickém vyšetření zjištěna zvětšená prostata, ale močí bez potíží, nykturie jedenkrát za noc, proud moči subjektivně dobrý, bez dysurií. Kouří nepravidelně 3 až 4 cigarety denně, od vojny, tj. asi 30 let. Má tři děti ve věku 26, 24 a 22 let, potíže s plodností neměl.

Rodinná anamnéza: Matka a matka otce měly diabetes mellitus, matka i otec měli cévní mozkové příhody. Otec měl také hypertenzi, potíže s prokrvením končetin. Bratr zdráv.

Pracovní vytížení pacienta je značné, ale na vyčerpání si nestěžuje, udává však méně času na odpočinek, než by bylo optimální. Přes den má hodně práce, málo času se najíst, v poledne jí narychlo, večer více než by měl (citace: „přes den jen bagetu nebo něco podobného, večer znásilním ledničku“). Pacient je živnostník, pracuje jako kameník, spontán-

ně sděluje, že poslední dobou čím dál častěji vyrývá na náhrobní kameny data narození mužů stejného věku jako je on sám, všiml si, že i mladších.

Klinický náález

Jde o muže mohutné, svalnaté postavy, o váze 115 kg, psychicky vyrovnaného, který zcela racionálně, logicky a otevřeně komunikuje o svých sexuálních potížích. Při první návštěvě naměřen tlak krve 144/91, puls 70 tepů za minutu, pravidelný. Pacientovi vysvětleny možné souvislosti potíží s jeho celkovým zdravotním stavem a způsobem života, vysvětleny možnosti diagnostické a léčebné.

Po základním klinickým vyšetření odebrána krev ke stanovení hladin androgenů a prostatického specifického antigenu. Laboratorně zjištěna snížená hladina biologicky dostupných androgenů (volný testosteron 30,0 pmol/l, refer. rozmezí 30–190 pmol/l, celkový testosteron 16,3 nmol/l, refer. rozmezí 10,4–45 nmol/l,

SHBG 31,0 nmol/l, *free androgen index* 52,6). Poměr hladin celkového testosteronu a vazebné bílkoviny SHBG ukazuje v neprospěch androgenů. Zjištěn také nepříznivý poměr volného a celkového prostatického specifického antigenu: 9% (norma nad 20%) při normálním celkovém PSA: 0,67 µg/l (refer. meze do 4 µg/l). Ukazuje se návaznost poruchy erekce na problémy ejakulační, souvislost hypoandrogenemie (andropenie), ejakulatorní a erektilní dysfunkce.

Terapie

Pacient se ptá na rozdíl mezi léky, o kterých slyšel a četl – Viagra, Cialis, Levitra (sildenafil, tadalafil, vardenafil). Pacientovi jsou vysvětleny rozdíly v délce účinku a v dávkování. Je mu sděleno, že princip účinku těchto léků je shodný. Vysvětleno, že léky neovlivňují vnímání sexuálních pocitů ani intenzitu orgasmu, že při předčasně ejakulaci neoddláží výron spermatu, ale že mohou umožnit opakování styku brzy po první ejakulaci, kdy je často eja-

kulace dosaženo po delším intravaginálním latenčním čase (*intra-vaginal ejaculatory latency time*, IELT). Pacient si přeje předepsat Cialis pro delší dobu účinku.

Při druhé návštěvě pacient udává spokojenost s účinkem léku, který si zvolil, bez vedlejších nežádoucích účinků. Pacientovi podrobně vysvětlen laboratorní náález, souvislost s celkovým zdravotním stavem, se zátěží v rodinné anamnéze, zejména s výskytem hypertenze a cévních mozkových příhod u rodičů. Pacient *sponte sua* připomíná sobě blízké a mladší ročníky narození, které vysekává na náhrobky.

Doporučena návštěva internisty a kontrola hladiny cholesterolu, zvládnutí hypertenze. Doporučena kontrola stavu prostaty na urologii, změna stravovacích návyků a zanechání kouření. Podrobně vysvětleny možnosti další andrologické diagnostiky a terapie, možnosti ovlivnění hormonálního prostředí a zdůrazněna nutnost počítat s delším trváním léčby. Pacient se v této fázi rozho-

duje pro návštěvu internisty a svého urologa, poté s aktuálními výsledky přijde na kontrolu.

Závěr

Z této kazuistiky je patrné, že k základní diagnostice u některých sexuálních dysfunkcí není nutné nic víc než dostatek času, vědomostí, klinické vyšetření v rozsahu interní a chirurgické propedeutiky, tonometru a možnost odběru krve na laboratorní vyšetření v dobré laboratoři. Nejde nutně o život pacienta, proto jsou erektilní a ejakulatorní dysfunkce často medicínsky bagatelizovány.

Sám pacient, který nemá medicínské vzdělání, ale je kameníkem, si uvědomuje souvislost svého povolání, způsobu života, kvality života a *life expectancy*, tj. doby, kterou člověk stráví na světě v dobré tělesné i psychické kondici. Uvědomuje si také možnost volby. Bude-li se starat o své zdraví lépe, bude kvalita jeho života i jeho délka pravděpodobně významně lepší a delší, než když se rozhodne o své zdraví nedbat.

Kazuistika č. 3: Sexuální dysfunkce u ženy po menopauze

Pacientka byla vyšetřena pro sexuální dysfunkci v říjnu 2004. Udává subjektivní pocit nepružnosti pochvy, při styku se nedaří imise penisu. Bolesti při styku začaly asi před rokem, objevily se trhlinky v oblasti poševního vchodu. Místní terapie Orthogynest ung. pomáhala jen dočasně, asi 4 měsíce. Lubrikační gely používala asi 6 měsíců, bez dobrého efektu. Pro bolest se vyhýbá styku, gynekologicky vyšetřena asi před 8 měsíci s bolestí pro zúžení vchodu do pochvy.

Anamnéza

Menopauza v únoru 2004, od té doby nejsou *menses*, premenopauza s nepravidelností cyklu předtím asi rok. Cévní mozková příhoda (CMP) před 7 lety (tj. ve věku 45 let), léčba při hospitalizaci na neurologii, restituce neurologických funkcí prakticky *ad integrum*.

Hypercholesterolemie zjištěna před 4 lety, dříve léčena Lipantylem, nyní statiny. Poslední hodnota anamnesticky – květen 2004: celkový cholesterol 9,0 mmol/l. Po CMP s několikaměsíčním odstupem nástup deprese s váhovým úbytkem 12 kg, neschopností samostatné běžné činnosti. Před šesti lety nasazen Seropram (SSRI antidepresivum) s dobrým efektem, při stavech úzkosti a na spa-

ni Lexaurin. Podařilo se obnovit pracovní a rodinné aktivity. Pacientka je podruhé vdaná, nyníšší vztah trvá 20 let, dříve byl sexuální styk 2–3x týdně. Partner o 3 roky starší, bez problémů s partnerskou komunikací, o sexuálních problémech však spolu příliš nemluví. Ze strany partnera není žádný nátlak, pacientka cítí obavu z udržení vztahu, na kterém jí záleží, sexuální dysfunkce zhoršuje kvalitu partnerského života. Zhoršení sexuálních funkcí pacientka pozorovala v časové souvislosti s depresí, kdy byla přestávka v sexuální aktivitě.

Pacientka má tři děti ve věku 19, 27 a 30 let, v roce 1985 extrauterinní gravidita, při operaci GEU provedena sterilizace. Kouří od 18 let, s přestávkami v době těhotenství, péče o děti a CMP, asi 15 cigaret denně. Močení bez potíží. Dětské nemoci, infekční *hepatitis* v 8 letech. Fyzicky aktivní, jezdí na koni, psychická kondice subjektivně dobrá.

Rodinná anamnéza: Otec měl první IM po 40. roce života, celkem IM 3x, zemřel na IM ve věku 72 let. Matka ve věku 85 let, léčí se pro hypertenzi. Bratr cévní potíže nemá. Nejstarší syn trpí schizofrenií, dva roky je nyní v domácí péči, pacientka se o něj stará.

Hormonální vyšetření: Náález odpovídá postmenopauzálnímu

stavu s výrazným deficitem estrogenů (hypergonadotropní hypogonadismus), jsou přítomny známky akcelerace biologického věku, relativně nízká hladina DHEAs. Endokrinologem zjištěna též hypofunkce thyreoidální, pacientka užívá Letrox v mírné dávce.

Diagnostické resumé: Ženská sexuální dysfunkce multifaktoriální etiologie – viz celková onemocnění kardiovaskulární a psychická, rodinná dispozice, hormonální stav organismu.

Terapie 1. linie

• **Dle úvahy gynekologa:** zvážít možnost lokální terapie estriolem (Ovestin 0,5 mg/den ung. či vaginální supp.). Celkově podávaná hormonální substituční terapie je vzhledem k anamnéze (cévní mozková příhoda) kontraindikována.

• **Dle rozvahy psychiatra:** zvážít změnu antidepresivní medicíny z SSRI (inhibice sexuálních center v CNS) na RIMA – moclobemid (Aurorix 150–300 mg/den) po adekvátním *wash out* období. RIMA kromě antidepresivních účinků pozitivně ovlivňuje dopaminergní sexuální centra v thalamu a hypothalamu.

Terapie 2. linie

Synchronně či v sekvenci s předchozím postupem zvážít vyšetře-

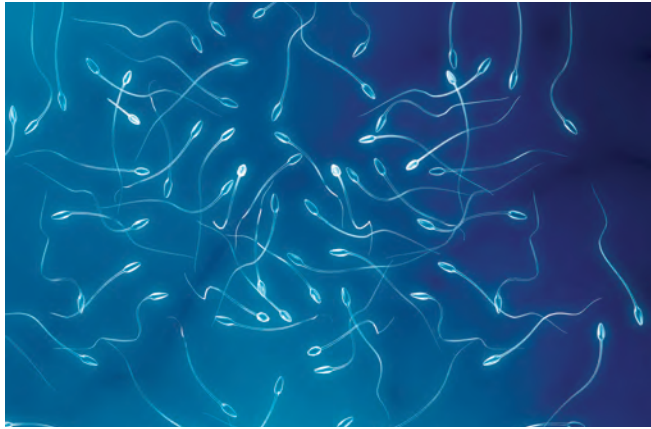
ní cévního zásobení pohlavních orgánů farmakodynamickou dopplerovskou analýzou s PGE-1, možnost terapie vazoaktivními

preparáty, hemoreologiky, terapie fyzikální – termoterapie s cvičením a relaxací svalstva pánevního dna.



Ilustrační foto: Shutterstock

TÉMA ČÍSLA



Ilustrace: foto: Shutterstock

Kazuistika č. 4: Etiopatogeneze mužské infertility

Ordinaci navštívil muž ve věku 27 let. Pro nález azoospermie byl naplánován operační odběr zárodečných buněk z nadvarlete či varlete k případné *in vitro* fertilizaci. Urologem, který měl provést odběr, byla konstatována výrazná hypoplazie varlat. Bez dalšího vyšetření byl naplánován operační odběr zárodečné tkáně. Manželka (far-

maceutka) přivádí muže k andrologickému vyšetření. Dopplerovskou ultrasonografií je ve tkáni testis zjištěno hypoechogenní ložisko o průměru 9x7 mm, se zvýšením arteriální perfuze, velmi suspektní tumor.

Po orchiektomii histologicky odečten seminom, zhoubný nádor v časném stadiu. Pacient pod-

stoupil kurativní onkologickou terapií.

Infertilní muž je nutno řádně vyšetřovat, pátrat po příčině (etiopatogenezi) stavu. Poddiagnostikovanost infertilních mužů je velmi časté, asistovaná reprodukce bohužel mnohdy nebere v úvahu budoucnost zdravotního stavu muže.

Kazuistika č. 5: Erektální dysfunkce jako první příznak karcinomu prostaty

Dvašedesátiletý muž přichází na vyšetření potíží s erekcí ve velmi dobrém biologickém stavu. Problémy trvající asi 6 měsíců se v posledních třech měsících zhoršují.

Rigidita penisu je nedostatečná, na hranici možností vaginální imise, s klesající tendencí během styku. Ranní erekce zřídka, potíže s dosažením erekce i při masťurbaci, subjektivně významně hodnocena obava ze selhání při styku. Frekvence styku jednou za 10 až 14 dnů, zaznamenal její pokles. Ženatý 37 let, manželka mladší o 4 roky, vztah harmonický, bez konfliktů. Pokles chuti k sexuální aktivitě nezaznamenal, ejakulační potíže a problémy s prožíváním orgasmu také ne. Pacient nemá žádné potíže s močením.

Anamnéza

Anamnesticky bez závažných onemocnění srdce, cév, ledvin, jater a slinivky. Operační anamnéza: inguinální hernie, fraktura pravého hlezna. Léky trvale neužívá, alergický na léky není. Kouření s přestávkami i několika let, maximálně 10 cigaret za den. Potíže s varlaty nebo s plodností nikdy neměl. Má dceru, 37 let.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na infarkt myokardu ve věku 82 let, byl operován pro zbytnění prostaty. Matka zemřela na komplikace diabetu ve věku 64 let – postižení ledvin. Dvě sestry bez zdravotních potíží.

Klinický nález

Habitus, distribuce tuků a ochlupení maskulinní, prsy palpačně bez rezistencí, bez gynecomastie. Tkáň kavernózních těles, zevní ústí uretry a předkožka klinicky bez patologie. Testes oboustran-

ně se snížením tonu, bez zmnožení tkání a tekutiny v obalech, bez dilatace vén *plexus pampiniformis*. Varixy na obou dolních končetinách, více vlevo. Vyšetření *per rectum*: široká, symetrická, dobře ohraničená prostata, levý lalok tvrdý, hladký, ohraničený. TK 161/96, puls 64 tepů za minutu. regul., měřeno po ukončení vyšetření.

Ultrasonografie

Penis: Homogenní kavernózní tkáň, ztluštění stěn kavernózních arterií mírného stupně, bez kalcifikací.

Testes: Homogenní, volumetrie – dx. 19,9 ccm, sin. 16 ccm. V obalech malé množství volné tekutiny do 10 mm, vены bez dilatace, bez reakce na Valsalvův manévř, lumen žilní vpravo 2 mm, vlevo do 2,5–3 mm. *Epididymis* bez patologie.

Transrektální ultrasonografie prostaty: Volum prostaty 45 ccm, centrálně patrná expanze tranzitorní zóny s lemem prostatolitů. Posterolaterálně vlevo hypoechogenní ložisko průměru 15 mm, s dobrým ohraničením kapsulou prostaty, lokalizace koresponduje s palpačním nálezem *per rectum*. Semenné včky bez retence sekretu, bez známek dilatace či infiltrace.

Dopplerovské farmakodynamické vyšetření

Po intrakavernózní injekci 10 mikrogramů alprostadilu a AV stimulací promptní reakce, plná rigidita do 5 minut po podání, pokles počínající po 20 minutách, po 90 minutách ještě subjektivní pocit 50–60% rigidity. Dopplerovsky bez známek kavernózní inkompetence, bez signifikantní arteriální obstrukce,

arteriální turbulence odpovídající arteriosklerotickým změnám kavernózních arterií mírného stupně. Reakce odpovídá neurogennímu postižení, které se nápadně podobá nálezům u mužů po radikální prostatektomii.

Vyšetření hormonálního prostředí a PSA

Hladina celkového a biologicky dostupného testosteronu relativně snížena (celkový testosteron 16,6, norma 10,4–45 nmol/l, *free* testosteron 42,8, norma 20–150 pmol/l, SHBG 42, norma 10–100

nmol/l, *free androgen index* 40,2). Hodnota tPSA 15,5 (norma 0–4 µg/l), poměr f/tPSA 10,3% (norma 19–100%).

Histologické vyšetření biopsie prostaty provedené pod sonografickou kontrolou: ve vzorcích číslo 5, 6 a 8 nalezeny struktury mikroacinózního a křibiformního adenokarcinomu prostaty, G3+G4=G7.

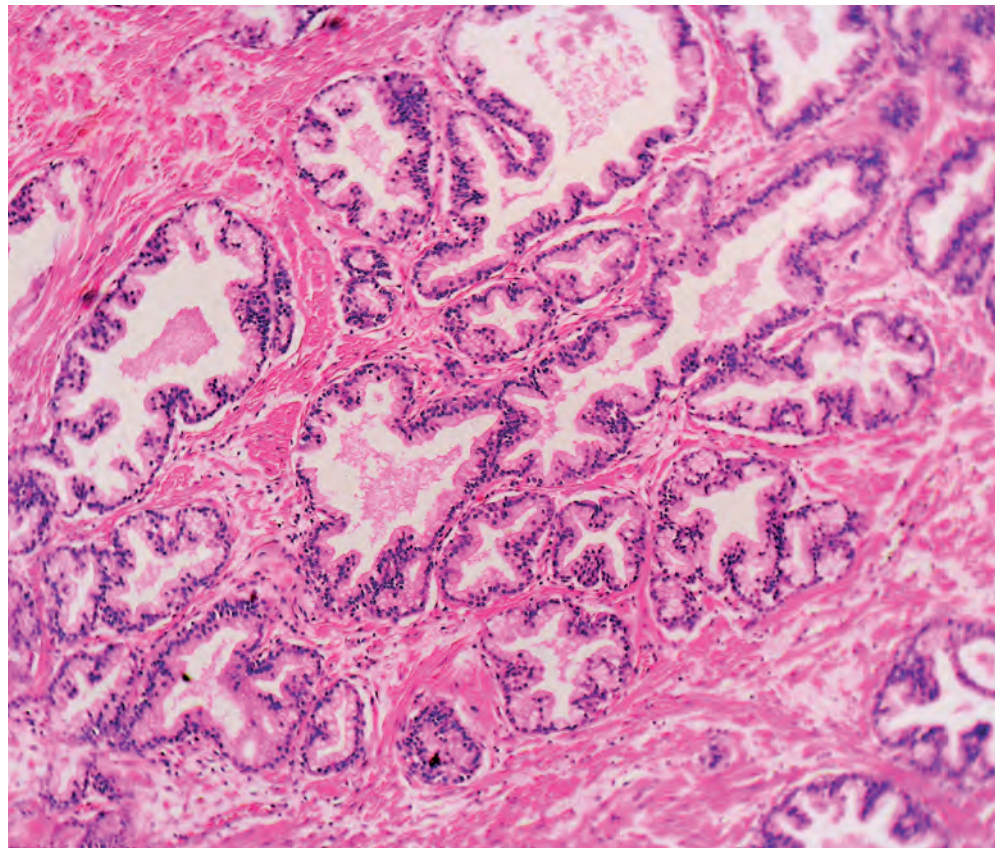
Radikální prostatektomie

U pacienta byla indikována radikální prostatektomie, která byla provedena stejně jako biopsie

prostaty na Urologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Operace byla provedena s dobrou perspektivou kurativního výsledku léčby. Od první návštěvy pacienta do radikální prostatektomie uplynulo 6 týdnů. Neurogenně podmíněná ED byla v přímé souvislosti s karcinomem prostaty, který se projevil prvním příznakem – poruchou erekce.

Závěr

Na závěr této kazuistiky je nutno konstatovat, že pacient přišel do ordinace „jenom“ pro potíže s erekcí. Neměl dysurie, evakuační mikční problémy, hematurii, žádné „klasické“ močové potíže. Symptomatická terapie bez řádného vyšetření a léčby by mu významně zkrátila život.



Karcinom prostaty. | Foto: Shutterstock

Nové přístrojové vybavení pro Fakultní nemocnici Brno Bohunice

V letech 2009–2011 realizovala Fakultní nemocnice Brno projekt „Modernizace přístrojového vybavení bariérového operačního sálu a perinatologického centra ve FN Brno Bohunice“. Projekt byl spolufinancován z 85 % z Finančních mechanismů EHP/Norska a z 15 % ze státního rozpočtu. V průběhu tří let tak byly do FN Brno dodány téměř čtyři desítky přístrojů za téměř 25 milionů korun.

Cílem projektu bylo zajištění bariérové operativy infekčních pacientů v rámci centrálních operačních sálů, čímž došlo ke zvýšení kvality poskytované zdravotní péče, a to především díky splnění podmínek, jako je např. izolace infekčních pacientů, zajištění požadovaných hygienických podmínek, zajištění návaznosti resuscitační a intenzivní péče o tyto pacienty, snížení rizika přenosu infekce a komplikací zdravotního stavu při převozu pacientů nebo možnost provádění operačních výkonů u pacientů s HIV ze spádové oblasti FN Brno. Cílem projektu bylo také zlepšit systém perinatální péče o těhotné v rámci perinatologického centra FN Brno a vytvořit podmínky pro péči o infekční pacientky v těhotenství.

Obou cílů projektu bylo dosaženo pořízením moderního vybavení výše uvedených oddělení.

Centrální operační sály

Požadavky na vybavení bariérového operačního sálu byly voleny s ohledem na standardizova-



Tento projekt byl podpořen z Finančních mechanismů EHP

Supported by a grant from Iceland, Lichtenstein and Norway through the EEA Financial Mechanism



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ná kritéria vybavenosti k zajištění operability infikovaných pacientů. Jednalo se zejména o bifázický přenosný defibrilátor s „inteligencí“ AED a displejem, infuzní sestavy, mobilní operační stůl, uživatelsky konfigurovatelný modulární monitor vitálních funkcí, narkotizační přístroj, chirurgické odsávačky, stropní operační světlo, elektrochirurgický přístroj pro univerzální použití na centrálních operačních sálech, stropní anesteziologický stativ, stropní operační (chirurgický) stativ, ultrazvukový odsávací disektor/aspirátor pro rozrušování, emulzifikaci a odsávání měkké tkáně, stropní/nástěnné/stojanové vyšetřovací světlo, zobrazovací monitor (pro snímky z rtg), chirurgické instrumentarium a laparoskopickou věž.

Perinatologické centrum

Zlepšení časné a následně výsledné pozdní morbidity dětí bylo dosaženo prostřednictvím zkvalitnění lůžkové a přístrojové kapacity neonatální intenzivní a intermediární péče; vytvořením systému *rooming-in* pro nedonošené novorozence a vytvořením systému zajišťujícího bezpečnou peri- a neonatální péči v oblasti závažných přenosných chorob. Pro perinatologické centrum byly pořízeny následující přístroje:

Centrální monitorovací systém

Tento systém umožní sledovat kardiokardiografický záznam u všech rodiček centrálně, je zde možné propojení s dalšími systémy monitorování – ST analýzy fetálního EKG. Systém je vybaven soustavou alarmů, které detekují

možné poruchy snímání a funkce, a archivačním systémem v elektronické podobě. Je zde možnost různých forem tisku, komptabilita s dalšími systémy, komptabilita se stávajícím vybavením, možnost rozšíření elektronické verze dokumentace o elektronický partogram. Elektronický systém umožňuje centrální archivaci monitoru plodu. Umožní dokonalejší monitorování průběhu porodu a při objemu porodů ve FN Brno je téměř nepostradatelný.

ST analyzátor fetálního EKG

Nejdokonalejší a nejmodernější systém intrapartálního monitorování plodu. Umožňuje velmi kvalitní kontinuální monitorování a zvláště u plodu s primárně vyšším rizikem hypoxie zvyšuje kvalitu péče.

Ultrazvuk

Jedná se o ultrazvukový přístroj nejvyšší kvality, který slouží k prenatální diagnostice vrozených vývojových vad. Kromě prenatální diagnostiky je na něm prováděna diagnostika prenatálních fetálních patologií, jež mohou ovlivnit výskyt časné i pozdní morbidity u novorozence. Přístroj je vybaven barevným Dopplerem, 3D/4D systémem, kompletní škálou sond, MRI, harmonickým zobrazením.

Vybavení neonatologické jednotky intenzivní a intermediární péče

Požadavky byly voleny s ohledem na standardizovaná kritéria vybavenosti a zajištění popisované zdravotní péče: neonatální ventilátor, inkubátor intenzivní péče, neonatální monitor, úprava intermediární jednotky intenzivní péče tak, aby umožňovala hospitalizaci matek v kontaktu s dítětem – *rooming-in*.

Informační DVD

Součástí projektu bylo rovněž vydání DVD „Průvodce porodem pro těhotné“. Toto DVD je informačním nosičem v rámci předporodní přípravy, slouží k obeznámení se sledováním matky i dítěte před, během a po porodu tak, aby byl proces zajištění bezpečnosti považován za běžnou součást porodu a nevyvolal tak zbytečné obavy u matky či partnera. Prezentace je promítána v čekárnách na porodním oddělení FN Brno. DVD bylo rovněž distribuováno do center předporodní přípravy v jihomoravském kraji a na Vysočině.

Inzerce A111006392



MICHAEL K Productions

© Kreativita do všech detailů / © Creativity in Great Detail

Česká M.I.C.E. agentura **Michael K Productions** poskytuje zejména tyto služby
Czech M.I.C.E. agency **Michael K Productions** delivers services in these areas

- **Congress Services** – Kompletní služby spojené s kongresy a semináři - ubytování, přeprava, letenky, doprovodný program / Complete services relating to congresses, conferences and workshops - accommodation, transfers, air tickets, social program
- **Event management** – Organizace akcí nejrůznějšího typu „na klíč“ - výstavy, semináře, workshopy, konference, team-buildings, incentivy atd. / Organization of all aspects of events of various kinds - exhibitions, workshops, conferences, team-buildings, incentives etc.
- **Promotion** – Komplexní služby spojené s propagací společností, produktů či akcí / Complete services relating to the promotion of your company, products and events

Dokonalá znalost prostředí, dlouholetí nadnárodní klienti, dostupné ceny.

Perfect knowledge of the Czech environment, long-time international clients, affordable prices.

MICHAEL K Productions s.r.o., Jaromírova 48, 128 00 Prague 2, Czech Republic
T: +420 222 543 664, F: +420 272 770 043, Email: info@michael-k.cz

www.michael-k.cz

Gastrointestinální mikrobiom a alergie

Podle tzv. hygienické hypotézy se na rostoucím výskytu alergií a astmatu v dnešním světě významně podílí skutečnost, že se dětský organismus neseťká s dostatkem mikrobiálních stimulů. To má v pozdějším životě za následek neadekvátní reakce imunitního systému na jinak neškodné podněty.

Aternativní vysvětlení nabízí mikrobiomová teorie, podle které mají lidé žijící v západní civilizaci v důsledku užívání antibiotik, extrémních stravovacích návyků a mnoha dalších vlivů pozměněný gastrointestinální mikrobiom, což má negativní dopad na imunologickou toleranci na sliznicích. Ve prospěch mikrobiomové teorie svědčí několik skutečností. Výskyt alergií a astmatu roste s užíváním antibiotik. Atopická onemocnění jsou často provázána změnami střevního mikrobiomu. U některých pacientů dojde k ústupu alergií po podání probiotik.

Imunomodulační funkce mikrobiomu

Mikrobiom sliznic v lidském těle čítá řádově 10^{13} až 10^{14} mikrobiálních buněk. Počet druhů v mikrobiomu sliznic přesahuje tisícovku. Nejvyšší koncentrace mikrobů je v gastrointestinálním traktu, v dýchacích cestách je koncentrace naopak nejnižší. Ani u zdravých lidí však plíce nejsou zcela sterilní. Plicní mikrobiom je zatím prozkoumán jen chabě. Není například jasné, zda jde o trvalou mikrobiální komunitu, nebo zda je mikrobiom plic tvořen mnoha po sobě jdoucími mikrobiálními kolonizacemi. U ostatních sliznic mikrobiom představuje relativně stabilní společenstvo schopné odolávat poměrně velkým tlakům. Pokud u něj přeci jen dojde k nějakému narušení, má schopnost vrátit se do původního stavu. Mikrobiom je tedy nejen „odolný“, ale i „pružný“.

Nicméně dlouhodobé tlaky vyvolané jídelníčkem a opakovaně užívání antibiotik dokáží posunout mikrobiom do nových, nepůvodních rovnovážných stavů. Podobné změny bývají provázány nežádoucími změnami ve slizniční imunitě a fyziologii. K dalším vlivům, jež mohou narušit rovnováhu gastrointestinálního mikrobiomu, patří onemocnění gastrointestinálního traktu a jejich



Ilustrační foto: Shutterstock

léčba antacidů, inhibitory protonových pump a nesteroidními protizánětlivými léky. K obnově původního gastrointestinálního mikrobiomu mohou přispět probiotika a prebiotika.

Reakce imunitního systému na vdechnuté a pozřené antigeny jsou vzájemně propojeny. Mikroby, kapaliny a pevné částice, které se dostanou do dýchacích cest, jsou transportovány s hlenem do trávicího traktu. Gastrointestinální trakt tak působí jako „senzor“ pro vývoj tolerance ke vdechnutým antigenům. Tolerance na malá množství pozřených alergenů je navozena prostřednictvím CD4+ regulačních T buněk. Mechanismus vzniku této tolerance není úplně jasný. Zřejmě se na něm podílí i vrozené složky imunity, protilátky a s vysokou pravděpodobností i nervový systém. Mikrobiom přispívá k navození tolerance produkcí mastných kyselin s krátkým řetězcem a polysacharidů.

Významná role kvasinek

Při vzniku alergií patří v mikrobiomu významná role kvasinám rodu *Candida*, např. *Candida albicans*. Ty tvoří integrální součást mikrobiomu sliznic na mno-

ha místech lidského těla včetně sliznice gastrointestinálního traktu. U zdravých lidí jsou počty těchto kvasinek nízké. To se však může změnit v závislosti na změnách v mikrobiomu, při zvýšeném stresu, při hormonálních poruchách nebo při změnách v adaptivní i vrozené složce imunity. Dlouhá desetiletí je známo, že zvýšení počtu kvasinek *Candida* vede ke zvýšené vnímavosti vůči cizorodým podnětům, i když mechanismus opět není do detailu znám. Zvýšené počty *Candida albicans* na gastrointestinál-

Evoluční kořeny vztahu s parazity

Ze střeva masivně kolonizovaného kvasinkami uniká do krevního oběhu mnohem větší množství antigenů. Mechanismus, jakým dochází k vyšší propustnosti střevní stěny pro antigeny, není jasný. Zřejmě se na tom podílí produkce prostaglandinů kvasinkami. Ty buď syntetizují prostaglandiny *de novo*, nebo je vyrábějí konverzí kyseliny arachidonové přítomné ve střevu. Prostaglandiny zasahují do chodu imunitního systému mnoha různými způsoby.

Kvasinky mohou zasahovat do funkce gastrointestinálního traktu a imunitního systému rovněž prostřednictvím glukanu vyskytujícího se v jejich buněčné stěně. Mnohé z těchto glukanu posilují zánětlivé reakce. V neposlední řadě může rozvoj kvasinek *Candida* působit na gastrointestinální trakt a imunitní systém nepřímo, protože jejich rozvoj nedovolí normalizaci mikrobiomu a hosti-

tel pak postrádá příslušné imunomodulační podněty.

Zajímavou studii publikovali zcela nedávno v prestižním vědeckém týdeníku *Science* britští vědci z Manchesterké univerzity. Na modelových zvířatech zjistili, že nákaza parazitickými nematody je závislá na bakteriálním mikrobiomu gastrointestinálního traktu. Parazit je schopen kolonizovat střevo pouze za předpokladu, že je v něm normální mikrobiom. Pokud jsou počty bakterií silně redukovány, z pozřené larvy vajček nematodů se nelíhnou larvy a zvíře se cizopasníkem nenakazí. Tento vztah mezi mikrobiomem a mnohobuněčnými parazity, jež má evidentně velmi hluboké evoluční kořeny, nám dlouho zcela unikal a je jisté, že podobných překvapení nás čeká ještě řada.

Výhled do budoucna

Pokud je mikrobiomová teorie vzniku alergických onemocnění správná, mohla by prevence i léčba alergií a astmatu zahrnovat cílené zásahy do mikrobiomu. Do úvahy připadají zásahy přímé, jaké představuje například užívání probiotik, i zásahy nepřímé, například konzumace potravin a potravinových doplňků s látkami, jež mohou podporovat růst žádoucích složek mikrobiomu nebo inhibují rozvoj jeho nežádoucích komponent. K této látce patří různé mastné kyseliny, fenolické molekuly a sacharidy. Využití těchto látek komplikuje fakt, že odezva na ně bývá individuální. Jde zřejmě o důsledek individuálních rozdílů v mikrobiomu gastrointestinálního traktu. Významným příspěvkem pro prevenci a léčbu alergií a astmatu se tak mohou stát výsledky mezinárodní studie *Human Microbiome Project*, jež si vytyčila za cíl poznání mikrobiomu člověka jak za fyziologických, tak i patologických podmínek. **prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.**

Valproát a osteoporóza

Dlouhodobé užívání antiepileptika valproátu je provázáno zvýšeným rizikem osteoporózy a osteopenie. Příčiny tohoto nežádoucího vedlejšího účinku nebyly známy. Nyní je v této otázce jasněji díky studii týmu Glenna Morrise z RJA Orthopaedic Hospital v anglickém Oswestry.

Z výsledků sledování pacientů trpících spinální svalovou atrofií a léčených valproátem vyplývá, že při léčbě dochází v kostech k potlačení exprese dvou genů klíčových pro osteogenezi. Prvním proteinem, jehož produkce je v důsledku užívání valproátu narušena, je kolagen. Snížení exprese tohoto základního stavebního proteinu kosti se pohybu-

je kolem 60%. Druhým proteinem, jehož exprese je po užívání valproátu snížena o 28%, je osteonektin. Ten se podílí na vazbě vápníku v kostech. Celkem byla prověřena exprese více než tisícovky různých proteinů.

Výsledky studie zveřejněné ve vědeckém časopisu *Journal of Proteome Research* jsou významné s ohle-

dem na skutečnost, že valproát se zdaleka nepoužívá jen jako antiepileptikum. Kromě spinální svalové dystrofie a některých dalších dědičných chorob vyvolávajících ztrátu kontroly nad svaly a pohybem, je tento lék předepisován i při migrénách, bipolární poruše a dalších onemocněních.

Autismus by mohl být odhalen jednoduchým screeningem

Pětiminutový screeningový test dokáže podle výsledků nejnovější studie odhalit autismus již u dětí ve věku 12 měsíců. Informoval o tom americký Národní institut pro duševní zdraví.

Podle ředitelky programu zabývajícího se autismem, jenž je zastřešen Národním institutem duševního zdraví (NIMH), Lisy Gilottové je zmíněná studie první svého druhu, která odhalila, že ke zjištění autismu je možné použít jednoduchý test. „Největší výhodou tohoto testu je, že umožňuje začít s terapií autistických dětí mnohem dříve než současná praxe,“ vysvětluje vedoucí výzkumu, jehož výsledky otiskl časopis Journal of Pediatrics, Karen Pierceová z Kalifornské univerzity v San Diegu.

Lepší vyhlídky

Autismus postihuje ve Spojených státech jedno dítě ze 110 a objevuje se čtyřikrát častěji u chlapců než u dívek. Nejčastěji bývá onemocnění diagnostikováno u dítěte ve věku okolo 3 let. Jak však ukázaly předchozí výzkumy, čím dříve se s terapií začne, tím pozitivnější dopady má na vývoj a schopnosti pacientů. „Možnost rozpoznat poruchu již v době prvních narozenin dítěte znamená obrovský po-



Ilustrační foto: Shutterstock

tenciál pro jeho léčbu a budoucnost,“ doplnila Karen Pierceová. V rámci studie dr. Pierceová společně se svými kolegy vytvořila síť pediatriů a rodinných lékařů, kteří u ročních dětí provedli screening na odhalení autismu. Ten sestával z krátkého dotazníku pro rodiče, jenž mimo jiné obsahoval otázky

„Když si dítě hraje s hračkami, kontroluje, zda ho pozorujete?“ nebo „Když se dítě usmívá nebo směje, dívá se na vás?“ Každé dítě, jež testem „neprošlo“, lékař doporučil ke konzultaci na univerzitním pracovišti zabývajícím se autismem, kde bylo podrobeno dalším testům. Ty se pak opakovaly každých 6 měsíců až do 3. narozenin dítěte, kdy bylo zcela

jednoznačně možné stanovit diagnózu autismu.

O rok a půl dříve

Z více než 10 tisíců dětí, jež se do studie zapojily, lékaři doporučili k dalšímu vyšetření 184, u 75 % z nich pak byla odhalena porucha – 32 dětí bylo diagnostikováno s autismem, 56 s poruchou řeči, 9 jich

mělo opožděný celkový vývoj a u 36 byla objevena některá z dalších nemocí. Děti s podezřením na autismus i řečovou poruchu začaly s potřebnou terapií v průměru okolo 17. měsíce věku. „To je oproti většině autistických dětí skutečně významný posun, běžně se s terapií začíná až po třetím roce života dítěte,“ zdůraznila Lisa Gilottová. Jak podotýká Chrystal de Freitasová, jedna z lékařek zapojených do studie, rodiče, kteří se výzkumu zúčastnili, věnovali vývoji a schopnostem svého dítěte mnohem větší pozornost, což je kromě jiného pomohlo připravit na případné „špatné zprávy“.

Naděje do budoucna

Podle Karen Pierceové většina pediatriů před zahájením studie u svých pacientů nehledala známky autismu či jiného vážného poškození vývoje. Po ukončení výzkumu však ve screeningu pokračuje 96 % z nich.

Autoři studie nyní doufají, že se screeningové programy odhalující autismus v raném věku dítěte v budoucnu stanou součástí pediatrické péče. Jak zdůrazňuje Lisa Gilottová z Národního institutu pro duševní zdraví, je třeba, aby výsledky screeningů potvrdily i další výzkumy. Je však podle svých slov přesvědčená, že právě takovéto testy jsou metodou, která může pomoci mnoha autistickým dětem i jejich rodinám, aniž by nějak výrazně zatížila jejich ošetřující lékaře.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

Začala platit směrnice o rostlinných přípravcích

1. května 2011 vypršelo sedmileté přechodné období stanovené směrnicí o rostlinných léčivých přípravcích z roku 2004 (2004/24/ES).

Na trhu v Evropské unii tak mohou zůstat pouze přípravky, jež byly registrovány nebo povoleny. „Právě končí dlouhé přechodné období, které výrobcům a dovozcům tradičních rostlinných léčivých přípravků poskytlo čas nezbytný k tomu, aby prokázali, že jejich výrobky dosahují přijatelné úrovně bezpečnosti a účinnosti,“ komentoval konec přechodného období evropský komisař pro zdraví a spotřebitelskou politiku John Dalli.

Zjednodušený postup registrace

Směrnice přijatá v EU v březnu roku 2004 stanovila sedmileté přechodné období, jehož mohli vy-



Ilustrační foto: Shutterstock

robcí využít k registraci svých tradičních rostlinných přípravků, které již na evropském trhu byly při vstupu uvedené směrnice v platnost. Pokud rostlinný přípravek nebyl registrován či povolen

do 30. dubna letošního roku, nesmí být v EU prodáván. Výrobci však mohou žádat o registraci zjednodušeným způsobem, jež nová směrnice definuje.

Tento postup umožňuje registrovat bylinný přípravek bez zkoušek bezpečnosti a klinických hodnocení, které by vyžadoval úplný registrační postup. Žadatel o registraci však musí předložit dokumentaci prokazující, že příslušný přípravek není za stanovených podmínek použitím škodlivý. Rovněž musí předložit důkazy o tom, že se přípravek prokazatelně osvědčil, tedy že byl bezpečně používán po dobu alespoň 30 let, z toho nejméně 15 let v EU.

(Zdroj: Europa.eu)

(kha)

Lékaři zkoumají souvislost mezi bariatrickými operacemi a diabetem

Chirurgické zmenšení žaludku má významný vliv na metabolismus organismu, často po něm zcela vymizí diabetes 2. typu. Tvrdí to studie vědců newyorské kolumbijské univerzity a Dukeovy univerzity v Severní Karolíně.

Diabetes přitom u obézních pacientů, kteří podstoupili bypass žaludku, vymizel ještě předtím, než výrazněji zhubli. Operace má tedy na metabolismus mnohem větší vliv, než se předpokládalo i než samotná dieta. Lékaři a vědci nyní zkoumají mechanismus této souvislosti.

Jasný rozdíl

V rámci započatého výzkumu odborníci rozdělili skupinu silně obézních pacientů na dvě skupiny – jedna z nich podstoupila chirurgické zmenšení žaludku, druhá dodržovala přísná dietní opatření. Účastníci obou skupin shodili přibližně 10 kg. Lékaři u nich pravidelně mě-

řili přítomnost a množství metabolitů. U skupiny, jejíž členové měli bypass žaludku, došlo k výraznému snížení hladiny aminokyselin, jejichž přítomnost je spojována s obezitou, diabetem a inzulínovou rezistencí. „To byl velmi jasný rozdíl mezi bariatrickou operací a dietními programy,“ doplňuje Christopher Newgard z Dukeovy univerzity.

Podle něho zatím není zcela jasné, proč má operace takový vliv na změnu metabolismu. Jeho tým se nyní kromě této spojitosti snaží i vyvinout léčiva, jež by měla podobný terapeutický efekt.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Léčba nemocných s jaterními metastázami kolorektálního karcinomu v ČR je nedostatečná

Nemocní s jaterními metastázami nemají bez chirurgického odstranění jaterních ložisek s následným podáním protinádorové léčby šanci na dlouhodobé přežití. Efektivní multimodální léčba je však v Česku v současné době poskytována pouze čtvrtině až třetině nemocných, u kterých by měla být indikována.

Česká republika je na prvním místě na světě ve výskytu kolorektálního karcinomu (KRK). Každoročně u nás onemocní více než 8 tisíc obyvatel, přičemž první projevy zhoubné choroby u významné části z nich svědčí o pokročilém onemocnění. Léčba nemocných s KRK je v Česku standardizována a spočívá v kompletním chirurgickém odstranění nádoru včetně lymfatického povodí s eventuální předchozí nebo dodatečnou aplikací protinádorových léků, s předzářením u části pacientů s níže uloženým nádorem konečníku.

V průběhu stanovení diagnózy KRK nebo po provedení resekce střeva se u cca 60 % nemocných detekují synchronní nebo metachronní jaterní metastázy (JMKRK). Bez léčby se nemocní z této skupiny dožívají v průměru 9–12 měsíců s mediánem 4,5 měsíce. Šance dožít se 5 let je menší než 1 % (Rougier P et al., 1995).

Radikální léčba nemocných s JMKRK

Současnou léčebnou metodou volby, která vede k 5letému přežívání u 50–60 % nemocných, je provedení jaterní resekce Ro (to znamená kompletně metastázy jater odstranit) a následné podání adjuvantní protinádorové léčby – chemoterapie, eventuálně v kombinaci s biologickou léčbou (Abdalla EK et al., 2004).

Další možností je destrukce solitárního metastatického ložiska pomocí metody radiofrekvenční ablace (RFA). Při operaci pod kontrolou ultrasonografie nebo transkutánně na rentgenologickém pracovišti pod kontrolou CT dojde k destrukci ložiska zavedenou sondou. RFA lze považovat za indikovanou tam, kde není možné provést resekci jater z technických důvodů či vzhledem k vysokému riziku operace a metastatické ložisko v průměru nepřevyšuje 3 cm (Berber E, 2008).

Účinnost protinádorové léčby se v posledních letech zvýšila, a to především možnostmi aplikace biologické léčby, která výrazně navýšila procento klinické odpovědi u těchto nemocných a dala šanci na prodloužení života u pacientů, u nichž není možné odstranit metastázy jater chirurgicky. U resekalibilních nemocných však její aplikaci bez chirurgického odstranění postižené části jater nelze považovat za léčbu radikální a z onkologického hlediska za ospravedlnitelnou.

Výskyt jaterních metastáz u nemocných s KRK

Dle literárních údajů je nutné počítat s tím, že cca 25 % nemocných s KRK se prvně objeví u lékaře s již vyvinutými jaterními metastázami (synchronními), u dalších 40 % nemocných se metastatické

postižení jater projeví až po odstranění primárního KRK, většinou v průběhu prvních 2 let (metachronní metastázy). Existuje přímá závislost mezi pokročilostí primárního KRK a pravděpodobností rozvoje JMKRK.

Dle statistických dat je z celkového počtu nemocných s JMKRK indikováno k provedení jaterní resekce 20–30 % nemocných. U ostatních nelze jaterní resekci provést, a to jak vzhledem k masivnímu postižení jaterní tkáně či nevhodné lokalizaci ložisek, tak i vzhledem k neúnosnému riziku operace (závažná přidružená onemocnění, chronické jaterní onemocnění apod.).

Metodika hodnocení

K objektivnímu zhodnocení léčby nemocných s JMKRK v České republice jsme porovnali data získaná z dotazníků zaslaných na chirurgická pracoviště v letech 2000 a 2008 (Ryska M, Pantoflíček J, Dušek L, 2010) a srovnali je s odhadovanou incidencí a prevalencí KRK za rok 2010 dle jednotlivých stadií tak, jak je uvádí Ústav biostatistiky a analýz MU v Brně na základě údajů Národního onkologického registru (NOR). Získané údaje jsme dále porovnali s údaji Národního referenčního centra (NRC, MUDr. Miloš Suchý), která jsou uvedena jak kumulativně, tak i v závislosti na velikosti jednotlivých zdravot-

nických zařízení. V souladu s literaturou jsme respektovali cca 20–30 % resekalibilitu nemocných s JMKRK.

Námi provedené statistické hodnocení zohledňovalo pouze pokročilé stadium onemocnění při primárním záchytu (cca 1700–1800 pacientů/rok) a pacienti dispenzarizované po operaci s prokázaným pokročilým stadiem onemocnění (cca 3 tisíce pacientů/rok).

Výsledky

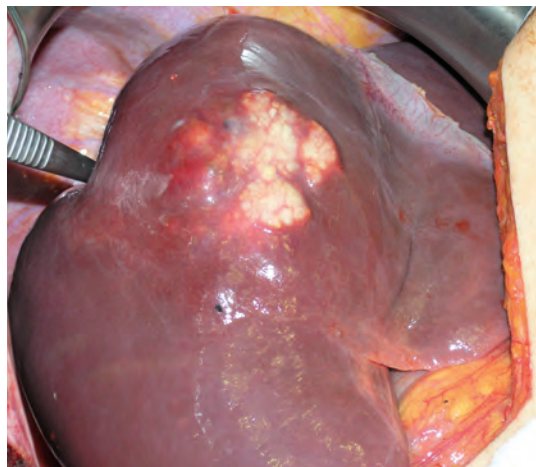
V roce 2008 bylo v souladu s výsledky naší dotazníkové akce provedeno 504 jaterních výkonů. Z tohoto počtu se podle údajů Národního referenčního centra jednalo o resekční výkon na játrech pouze u 300 nemocných. U ostatních byl proveden paliativní výkon, nejčastěji radiofrekvenční ablace detekovaného ložiska při CT vyšetření.

Při respektování cca 20–30 % operability jsme zjistili, že předpokládaný počet nemocných vhodných k provedení resekce jater se každoročně pohybuje mezi 1000 a 1500 (Ryska M, Dušek L, 2011). Při porovnání s našimi údaji incidence JMKRK tak lze s poměrně vysokou přesností odhadovat, že pouze 25–33 % z předpokládaného každoročního počtu těchto nemocných je v České republice indikováno k resekčnímu výkonu.

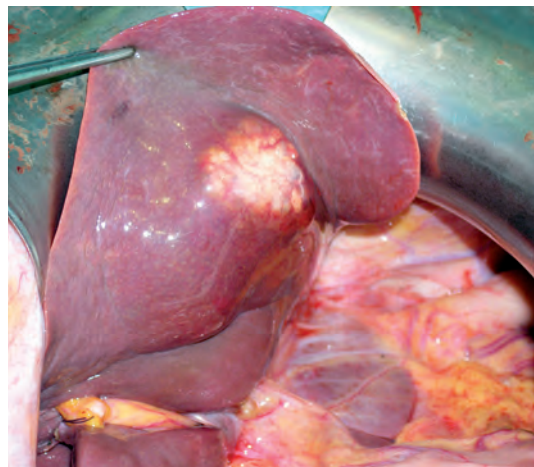
Závěr

Česká republika je na prvním místě ve výskytu kolorektálního karcinomu. Důsledkem je i vysoká incidence jaterních metastáz. Tito nemocní nemají bez chirurgického odstranění jaterních ložisek s následným podáním protinádorové léčby šanci na dlouhodobé přežívání a v průměru umírají do 9–12 měsíců. Na rozdíl od těch, kteří adekvátní léčbu absolvují a mají tak 50–60 % šanci na 5leté přežití. Samotné podání protinádorové léčby (chemoterapie samotná nebo v kombinaci s biologickou léčbou) nelze u resekalibilních nemocných považovat za onkologicky dostatečné a je i ekonomicky nezdůvodnitelné. I při těchto současných znalostech u nás není péče o tyto nemocné (na rozdíl od pacientů s kolorektálním karcinomem) doposud standardizována, pacienti nejsou důsledně směřováni na specializovaná chirurgická pracoviště, a dokonce nejsou dostatečně efektivně sledováni po odstranění primárního ložiska KRK. Ze statistických údajů získaných na základě vyhodnocení opakované dotazníkové akce a údajů NOR a NRC lze konstatovat, že péče v České republice o tyto nemocné je nedostatečná. Efektivní multimodální léčba – resekce jater (nebo RFA v případech, že resekce nelze provést a solitární ložisko nemá v průměru více než 3 cm) s následnou protinádorovou léčbou – je v současné době poskytována pouze 25–33 % nemocných.

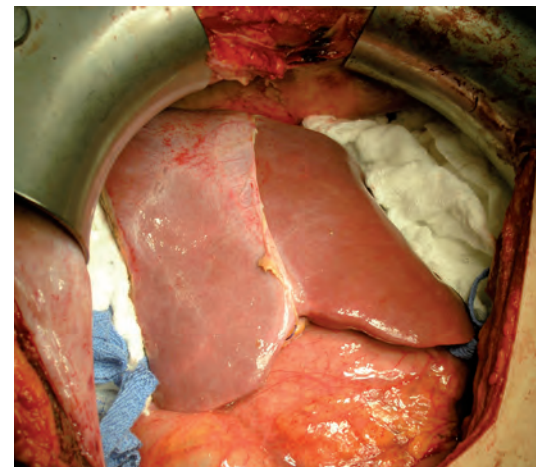
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN Praha



Metastatické ložisko KRK v pravém jaterním laloku na rozhraní segmentů SV, VI a VII



Metastatické ložisko KRK v segmentu II



Stav po resekci jater – po pravostranné lobektomii SV-VIII a resekci segmentu II

Budoucí lékaři s onkologickým myšlením

U příležitosti zakončení projektu „Kvalifikační a vzdělávací standardy pro pregraduální onkologické vzdělávání“ byly v polovině dubna ve Faustově domě představeny „Nové postupy v pregraduálním onkologickém vzdělávání“.

Standardy sledují nejnovější trendy v českém vysokém školství. Jejich hlavním přínosem je zřehlednění kompletního onkologického pregraduálního vzdělávání, měly by se tak stát cestou ke komplexní onkologické erudici budoucích lékařů všech specializací.

Děkan 1. LF UK profesor Tomáš Zima úvodem setkání shrnul, že cílem projektu je sjednotit dovednosti a požadavky na problematiku onkologie v celé její šíři i pro pregraduální studenty. „Onkologie je předmět, který je definován určitým rozsahem za semestr, avšak nádorová onemocnění zasahují do většiny lékařských disciplín – zobrazovací metody, chirurgické řešení nádorů, dermatologie, pneumologie, problematika GIT a další obory, kde diagnostika a léčba nádorů hra-

je významnou a dominantní rolí. Proto vznikají tak jako ve Všeobecné fakultní nemocnici týmy složené z onkologů, urologů, dermatologů, chirurgů a dalších odborníků. A právě proto vznikl i tento manuál, který popisuje, sleduje a upozorňuje další specialisty, učitele v jiných disciplínách, co by si student měl odnést z výuky této problematiky,“ vysvětlil profesor Zima s tím, že nelze opomenout také etické aspekty a komunikační dovednosti, zejména v situacích, jako je sdělování diagnózy pacientovi, společné hledání postupu léčby i cesty jak s onemocněním žít.

Bude dostatek erudovaných onkologů?

Jak zdůraznil přednostka Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha prof. MUDr. Luboš Petruželka,

CSc., stále čtenější výskyt nádorových onemocnění se stává pro zdravotnictví značným problémem. Odhaduje se, že v roce 2030 bude počet úmrtí na onkologická onemocnění vyšší než na kardiovaskulární. „Otázkou je, zda tento trend bude vyvážen dostatkem erudovaných onkologů. Právě proto se snažíme tuto erudici zajistit komplexní onkologickou výukou již na lékařských fakultách. Onkologie není izolovaná lékařská disciplína, prostupuje všemi obory, počínaje praktickými lékaři. Všechny lékařské disciplíny se setkávají s onkologickým pacientem, včetně například psychiatry. Onkologie neznamená jen léčbu nádorů, ale také prevenci, včasnou diagnostiku, léčbu i paliativní péči a to vyžaduje vyváženou pozornost celé komunity, jejíž základ tkví v pregraduálním vzdě-

lávání. Ukazuje se, že v onkologii se v budoucnu neobejdeme bez mezioborové spolupráce, proto je nutné, aby studenti již při výuce vnímali právě tuto spolupráci i individuální přístup k léčbě,“ podotkl profesor Petruželka.

Úhel pohledu absolventa

Onkologie je multidisciplinárním oborem, výuku onkologických témat na LF proto zajišťují až desítky pracovišť. Například na 1. LF UK je do onkologického vzdělávání zapojeno celkem 47 klinik a ústavů. Především z tohoto důvodu vznikla zmíněná iniciativa akademických pracovníků 1. LF UK, jež je v Česku zatím ojedinělá. Kvalifikační a vzdělávací standardy slouží pedagogům vyučujícím onkologická témata jako nástroj pro koordinaci i plánování výuky. Díky nim se podařilo onkologickou vý-

uku na fakultě zkvalitnit a zefektivnit. Kromě obvyklých tematických okruhů standardy zahrnují také psychosociální a komunikační dovednosti a zohledňují i dosud spíše okrajovou problematiku smrti a umírání. Podle profesora Petruželky standardy rovněž výrazně přispějí ke zkvalitnění systému onkologické prevence.

„Pedagogové, kteří na projektu spolupracovali, oceňovali možnost podívat se na výuku z pohledu absolventa a zaměřit se na použitelnost učiva v praxi,“ dodal doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN. Kromě vysoké odborné úrovně mají standardy, jejichž tištěnou česko-anglickou podobu klinika představila, i přehlednou grafickou úpravu a praktický formát. V rámci projektu vznikají na klinice také moderní elektronická skripta, jež z těchto standardů přímo vycházejí a obsahují mimo jiné ilustrativní kazuistiky, jež pomocí příkladů z praxe rozvíjejí kompetence studentů.

Markéta Mikšová

Inzerce A111000760

ZALDIAR®

Efektivní a bezpečná úleva od bolesti



✓ Vhodný jako monoterapie

- Akutní i chronická bolest¹⁻⁵

✓ Vhodný do kombinace

- S NSA při exacerbaci zánětu¹⁻¹⁰
- Se silnými opiody u průlomové bolesti^{1-3,7-9}

✓ Pro široké spektrum pacientů



Zkrácená informace o přípravku: Složení: Tramadol hydrochlorid 37,5 mg; paracetamol 325 mg v 1 potahované tablete. **Indikace:** Léčba bolesti střední až silné intenzity. **Dávkování:** Individuální. Doporučená počáteční dávka: 2 tablety, max. 8 tbl./den [tj. 300 mg tramadolu a 2600 mg paracetamolu]. **Způsob podání:** Přípravek pro dospělé a mladistvé od 12 let. Tablety se polykají celé. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na tramadol, paracetamol nebo pomocnou látku. Akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opioidními nebo psychotropními látkami, léčba inhibitory MAO alesp. 14 dnů od ukončení. Závažné poškození jater. Neléčená epilepsie. **Upozornění:** Nepřekračovat doporučené dávkování. Nepodávat u závažných poruch renálních funkcí (CKr <10 ml/min), u těžkého poškození jater, při těžké respirační nedostatečnosti. U predisponovaných pacientů nebo léčených přípravky snižujícími práh pohotovosti možnost vzniku křečí. Léčení epileptici by neměli přípravek užívat. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji nauzea, závratě a spavost, dále zvracení, zácpa, průjem, bolesti břicha, bolesti hlavy, třes, zmatenost, změny náldy, poruchy spánku, pocení, pruritus. **Interakce:** Kombinace s inhibitory MAO kontraindikována (nebezpečí serotoninového syndromu), nedoporučeno podávání s karbamazepinem a jinými induktory enzymů, agonisty antagonisty morfinu a alkoholem. **Těhotenství a kojení:** Nesmí být podáván. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Při příznacích ospalosti nebo závratí nevykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost. **Opatření pro uchovávání:** Bez zvláštních podmínek. **Balení na trhu:** 10, 20 a 30 tbl. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Grünenthal GmbH, Aachen, Německo. **Datum poslední revize textu:** 29. 10. 2008. **Registrační číslo:** 65/237/02-C. Výdej pouze na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Informace: Grünenthal Czech s.r.o., Tiché údolí 79, 252 63 Roztoky, tel. 233 089 781, fax 233 089 780, czinfo@grunenthal.com, www.grunenthal.cz. Hlášení NÚ: tel. 606 672 300.

Literatura: 1) Doležal T. et al. Bolest. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2008. ISBN 978-80-86998-23-7. 2) Skála B. Doporučené postupy pro farmakoterapii bolesti a jejich dopad v oblasti primární péče. Bolest 2008; 3: 151-155. 3) Kršák M. Pokroky ve farmakoterapii bolesti. Interní Med. 2008; 10(6):298-304. 4) McClellan et al. Tramadol / Paracetamol Drug Profile. Drugs 2003; 63(11): 1079-1086. 5) Shug SA. Combination analgesia - a rational approach: focus on paracetamol - tramadol. Clin Rheumatol 2006; (Suppl 1): S16-S21. 6) Schnitzer T.J. Review. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. Clin Rheumatol 2006; (Suppl 1): S22-S29. 7) Kozák J. Bolest jako stresor a současná možnost farmakoterapie. Postgraduální medicína 2008; 10(5): 495-499. 8) Vondráčková D. Léčení nenádorové bolesti geriatrických pacientů. Čes ger rev 2008; 6(2): 103-108. 9) Pavelka K. Opioidy v léčbě chronické bolesti u revmatických onemocnění. Remedia 2005; 15(4-5): 362-367. 10) Forejtová Š. Jak ulevit pacientům od artritické bolesti. Interní med. 2008; 10(9): 429-430.

Grünenthal Czech s.r.o., Tiché údolí 79, 252 63 Roztoky, tel. 233 089 781, fax 233 089 780, czinfo@grunenthal.com, www.grunenthal.cz



AKTUALITY

INSTI test na HIV – bilance čtyřměsíčního fungování na českém trhu

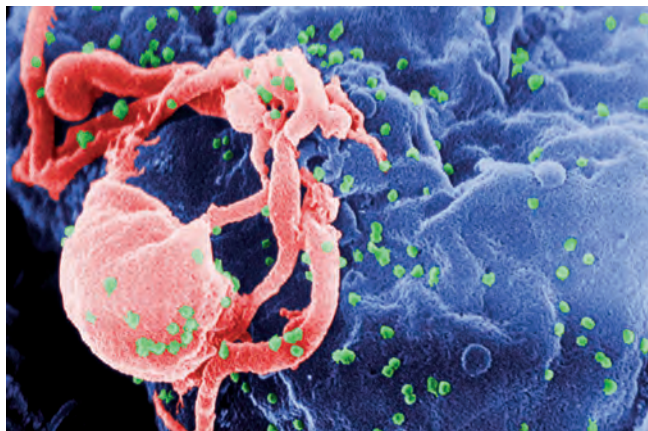
21. dubna proběhla v souvislosti s volným prodejem testovací novinky na zjištění protilátek vůči viru HIV-1/HIV-2 tisková konference za účasti Mgr. Jindřicha Vobořila z Úřadu vlády ČR, MUDr. Davida Jilicha z Kliniky infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a FN Na Bulovce a MUDr. Radima Uzla ze Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu. Důvodem setkání bylo upřesnit pravidla používání nového testovacího produktu.

Již v průběhu prosince loňského roku se v médiích objevila reklamní kampaň na testovací sadu INSTI, se kterou je možné zjistit v krvi pacienta protilátky proti infekci HIV. Jedná se o produkt kanadské společnosti Bio Litical Laboratories Inc. Testovací sada INSTI je od ledna tohoto roku dostupná ve standardní lékárenské distribuční síti v Česku a splňuje všechny právní náležitosti nutné k prodávání v lékárnách (prohlášení o shodě, příbalový leták). Přesto se krátce po jejím uvolnění do prodeje objevila řada výhrad, a to i ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR.

Obavy, nebo fámy?

Hlavní výtky k testovací sadě se týkaly psychologických důsledků, které by test mohl vyvolat v rukou laiků při špatné interpretaci. Ozvali se rovněž lékárníci – 11. ledna vydává předseda Grémia majitelů lékáren Mgr. Marek Hampel pokyny pro své kolegy, v nichž mimo jiné uvádí, že „lékárna nemá povinnost odebrat již použitý vzorek testovací sady k likvidaci, protože tato testovací sada není léčivým přípravkem podle zákona o léčivu“.

Upozorňuje rovněž, že „testování pomocí testovací sady INSTI je určeno k rychlému zjištění přítom-



Ilustrační foto: healthlifecarenews.com

nosti protilátek vůči HIV *in vitro*. Provádí se za přítomnosti odborně kvalifikovaného zdravotnického pracovníka, kterým je i farmaceutický asistent a lékárník v lékárně. Podmínka účasti kvalifikovaného zdravotního pracovníka je nezbytná vzhledem k nutnosti poskytnout pacientovi správnou interpretaci výsledků testu, a to zároveň odborným způsobem a srozumitelně i pro laickou veřejnost. V žádném případě z tohoto jednorázového testu nelze stanovit vlastní diagnózu onemocnění AIDS. To je plně v kompetenci odborného lékaře, ke kterému je nutné pacienta s pozitivním orientačním výsledkem testu INSTI odeslat.“

Dále připomíná, že protilátky vůči přítomnosti infekce HIV se v krvi pacienta objeví až po určité době, řádově po dvou až třech měsících od vlastní nákazy. Vzhledem k tomu může negativní výsledek testu v pacientovi po rizikovém zážitku vzbudit domněnku, že není nakažen HIV. Pro jeho další chování může mít taková domněnka – bude-li falešná – velice závažné důsledky. Na tuto skutečnost musí zdravotní pracovník testujícího se pacienta upozornit.

INSTI test brání svou existenci

V první fázi, tedy krátce po uvedení produktu na český trh, se upřednostňovala především ano-

nymita a rychlost sebetestování rizikovým pacientem, který takto získal volný přístup k testovací sadě. O rizicích spojených s tímto procesem se ovšem příliš neuvažovalo. Situace se ale velmi brzo „projasnila“ a nyní je už zřejmé, že produkt může být užitečným pouze za určitých, jasně daných pravidel. Z dokumentace, kterou si vyžádalo MZ ČR a jež byla zveřejněna odborem farmacie MZ, nyní vyplývá, že test není určen pro sebetestování. Jako diagnostikum pro sebetestování jej nelze na trh uvádět ani takto inzerovat.

„Je pravda, že člověk, který si test zakoupí, by měl navštívit odborníka, nejlépe lékaře, jemuž důvěřuje, a ten mu test udělá. Nikomu však nelze návštěvu odborníka nařizovat. V praxi to tedy znamená, že test sice není životu nebezpečný, nebezpečné je ale jeho nesprávné použití“, uvedl Radim Uzel. Dodal také, že tyto testy by měly být nabízeny zejména mezi uživateli intravenózních drog a ženami s rizikovým sexuálním chováním.

Toto stanovisko následně podpořil i Jindřich Vobořil, který je ředitelem sekce protidrogové politiky a sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Jeho doporučení směřují především k rozšířenému použití v terénu, te-

dy plošnému testování zmíněných rizikových skupin. Jak dále uvedl, chápe sice skepsi vůči velkým kampaním, zde jde ovšem o život a jiná prevence dalšího šíření smrtelné infekce virem HIV zatím bohužel neexistuje.

Pokud se týká infekčního odpadu, zaznělo na tiskové konferenci ubezpečení, že planžeta z uvedené sady zajede po použití setu do krabičky a jehla tak představuje minimální riziko případné nákazy – ve skutečnosti daleko menší než v případě drogové aplikace u narkomanů.

Stačí „správný úhel pohledu“

Pokud se celá problematika dle oslovených odborníků střízlivě shrne, pak je test na HIV rozhodně přínosem, ovšem jen za předpokladu, že si jej uživatel zakoupí a následně požádá lékaře, kterému důvěřuje, o jeho provedení a interpretaci (přednost by měl mít proškolený lékař před lékárníkem, který neprošel psychologickým výcvikem pro sdělování závažných zdravotních diagnóz). Tento proces se tedy týká především praktických či rodinných lékařů, kde opadá oštych a předpokládá se i společné sdělení dalšího postupu léčby. Opakovaně je třeba zdůrazňovat, že virus HIV lze zjistit teprve z laboratorního vyšetření (test poskytuje pouze orientační zjištění hladiny protilátek!) a že 95 % nakažených vytváří protilátky obvykle do šesti týdnů po naze.

Klienty je rovněž možno odkázat na server www.AIDStest.cz, kde jsou detailně popsány všechny postupy týkající se manipulace s testovací sadou a rovněž odpovědi na nejčastější dotazy uživatelů.

Jaroslava Sládková

Vliv terapie liraglutidem na HbA_{1c} u dlouhodobě neuspokojivě kompenzovaného diabetika 2. typu

Liraglutid snižuje glykemii nalačno i postprandiálně vícečetnými mechanismy a komplexně zasahuje do patofyziologie diabetu 2. typu. Dlouhodobě neuspokojivá kompenzace 42letého diabetika 2. typu s velmi vysokým HbA_{1c} (12,5%) při terapii maximálními dávkami sulfonylurey a metforminu proto i přes *suspicion* na *non-compliance* vedla k doplnění terapie o inkretinový hormon liraglutid.

Během tříměsíční terapie došlo ke zlepšení HbA_{1c} na 7,4%, k poklesu hmotnosti o 3 kg (z BMI 28,4 na 28,1) a také ke zlepšení postprandiálních glykemií. Dávka sulfonylurey mohla být postup-

ně redukována. Předchozí kombinovaná léčba s inhibítorem DPP-4 sitagliptinem hodnotu HbA_{1c} prakticky neovlivnila. Terapie liraglutidem se ukázala jako jediná skutečně účinná.

Úvod

Vývoj terapií založených na inkretinech zásadně ovlivnil algoritmy postupu při kompenzaci onemocnění diabetika 2. typu. Tam, kde diabetologovi dříve

nezbylo než pro neuspokojivou kompenzaci na maximálních dávkách perorálních antidiabetik přistoupit u pacienta k inzulinoterapii, se dnes otevírá jednoznačně účinnější možnost léčby

inkretiny. Zlepšují funkci beta-buněk, zlepšují glykemii nalačno i postprandiálně bez rizika hypoglykemie, snižují hmotnost a mají rovněž kardiovaskulární protektivní účinky. Soubor studií LEAD prokázal efekty liraglutidu na všech stupních vývoje diabetu 2. typu, a dokonce ve srovnání inkretinů navzájem (např. ve studii LEAD-6 nebo LIRA-DPP-4i) vykazoval statisticky signifikantně lepší výsledky.

Kazuistika

42letý diabetik 2. typu se léčí se svým onemocněním od roku 1996. V rodině má diabetes otec, bratr i matka, která měla závažné pozdní komplikace diabetu – renální selhání při diabetické nefropatii a suprakondylickou amputaci končetiny. Při zjištění onemocnění měl pacient hmotnost 107 kg při výšce 177 cm (BMI 34,2). Až do roku 2001 měl onemocnění kompenzované jen diabetickou dietou. Od roku 2001 zahájena léčba metforminem v dávce 1700 mg denně a přechodně měl k hlavním jídlům krátkodobě inzulínové analogum. Protože však pracoval jako řidič z povolání, byl po mírné redukci hmotnosti inzulín vysazen. Pak již inzulín odmítal. Koncem roku 2001 byla do terapie přidána minimální dávka sulfonylurey. Pro zvýšené hodnoty krevního tlaku a pozitivní mikroalbuminurii od roku 2003 zahájena terapie ACE inhibitory a pro dyslipidemii statinem. V roce 2007 měl HbA_{1c} 11,1 % (IFCC), a to při údajném profilu 4,9–3,4–6,1–5,6 mmol/l, který přinesl do laboratoře; zachycena však významná glykosurie a při přeměření glukometrem naměřena postprandiální glykemie 16,6 mmol/l. Terapii inzulínem opět odmítl, podepsal revers. V témže roce zjištěna na očním pozadí neoproliferativní retinopatie. Dávka sulfonylurey byla postupně zvyšována. C-peptid, laktát, anti-GAD protilátky nevzrostly patologicky.

Při všech kontrolách měl dle profilu z laboratoře zcela euglykemické hodnoty, avšak při kontrole glykemie glukometrem v ambulanci vždy vysoké hodnoty glykemií. Přes výzvy nikdy nepřinesl glukometr k ověření selfmonitoringu. Při jedné z kontrol dokonce tvrdil, že mu glukometr ukradli společně s autem. V září 2009 byl do terapie přidán sitagliptin při HbA_{1c} 12,5 %, v březnu 2010 měl HbA_{1c} při terapii metformin/glimepirid/sitagliptin 13 %, léčba sitagliptinem neměla efekt a bylo nutné ji ukončit. V září 2010 měl BMI 28,4, profil, který si přinesl, 4,7–4,3–3,5–4,6–3,8–4,9–4,0–4,4 mmol/l, HbA_{1c} 12,5 % a postprandiální glykemie při kontrole v ambulanci glukometrem 10,2 mmol/l. Přes podezření, že glykemie odebral někomu jinému, vzhledem k jeho věku a velmi špatné prognóze do

terapie přidán liraglutid (Victoza), léčbu si částečně hradil sám. Po třech měsících v listopadu 2010 již měl HbA_{1c} 7,4 % a zredukoval hmotnost o 3 kg na BMI 28,1. Glykemie postprandiální při kontrole glukometrem v diabetologické ambulanci činila 6,1 mmol/l. Snížila se dávka sulfonylurey. Pacient se v současnosti cítí velmi dobře a zdá se, že zlepšil i celkový přístup ke svému onemocnění.

Diskuse

Složitý přístup pacienta k jeho onemocnění zřejmě souvisel s obavami ze ztráty zaměstnání řidiče z povolání při nutnosti zahájit inzulínoterapii. Domníval se, že diabetolog se uspokojí dobrými glykemickými profily, které přinese k vyšetření do laboratoře, a také patrně i s tím, že inzulínoterapie nezabránila těžkým pozdním komplikacím u jeho matky. Terapie liraglutidem zasáhla do patofyziologického podkladu jeho onemocnění, jehož základem je inzulínorezistence. GLP-1 analog vede ke zvýšení glukózo-dependenční inzulínové sekrece, inhibuje sekreci glukagonu při vyšších hladinách glykemií, zpo-

maluje vyprazdňování žaludku přes interakci s vagovými nervovými zakončeními, snižuje sekreci pankreatických trávicích enzymů, snižuje i příjem potravy, což je dáno nejen periferními, ale dokonce centrálními účinky. Ve studii Lira-DPP-4i autoři srovnávali léčbu liraglutidem (1,2–1,8 mg) oproti sitagliptinu 100 mg p. o. 1x denně u 665 diabetiků 2. typu na metforminu s HbA_{1c} 7,5–10 % (DCCT) po dobu 26 týdnů. V této studii byla hodnota HbA_{1c} snížena o 1,2 % při aplikaci 1,2 mg a o 1,5 % při aplikaci 1,8 mg liraglutidu oproti 0,9 % (p < 0,0001) po přidání jen sitagliptinu k metforminu. 43,4 % pacientů s 1,2 mg a 54,6 % s 1,8 mg liraglutidu dosáhlo snížení HbA_{1c} pod 7 %, se sitagliptinem jen 22,4 % (p < 0,0001) pacientů. Rovněž se snížila hodnota glykemie nalačno při přidání liraglutidu o 1,9 mmol/l s 1,2 mg, o 2,1 mmol/l s 1,8 mg liraglutidu a o 0,8 mmol/l (p < 0,0001) se sitagliptinem. Pacienti při aplikaci liraglutidu vykazovali větší hmotnostní úbytky (2,9 kg při 1,2 mg, 3,4 kg při 1,8 mg oproti 1,0 kg u sitagliptinu, p < 0,0001). Účinnost liraglutidu u našeho pacienta byla oproti sitagliptinu jednoznač-

ná a komplexní. Zlepšení kompenzace umožnilo i redukcii dávky sulfonylurey. S inzulínoterapií by se také nepodařilo úspěšně snížit hmotnost a procento viscerálního tělesného tuku.

Závěr

GLP-1 analog liraglutid vedl k podstatnému zlepšení kompenzace onemocnění a snížení hmotnosti u dlouhodobě neuspokojivě kontrolovaného diabetika 2. typu na maximálních dávkách perorálních antidiabetik glimepirid/metformin, u kterého neměla efekt léčba sitagliptinem v kombinaci. Terapie liraglutidem velmi pozitivně ovlivnila kvalitu života i compliance pacienta.

Literatura:

1. Novo Nordisk A/S: Liraglutide scientific synopsis. June, 2010.
2. Pratley RE, Nauck M, Bailey T et al.: Liraglutide versus sitagliptin for patients with type 2 diabetes who did not have adequate glycaemic control with metformin: a 26-week, randomised, parallel-group, open-label trial. Lancet 2010, 375: 1447–56.

MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.

Diabetologické centrum IK IPVZ a KNTB, a. s., Zlín

Inzerce A111006397



U pacientů s diabetem 2. typu
Můžete více než snížit glykémii.

Zasáhněte diabetes u kořenů.

Victoza® podávaná jednou denně dokáže více než snížit hladinu glukózy v krvi. Přináší pacientům s diabetem 2. typu významné a dlouhodobé výhody:

- Snižuje HbA_{1c}¹
- Snižuje tělesnou hmotnost¹
- Snižuje systolický krevní tlak¹
- Zlepšuje funkci β-buněk¹

NOVINKA
VICTOZA®
liraglutid injekce

1. 8. 2010
dostupná v ČR

novo nordisk®

Victoza® – injekční roztok v předpřipraveném peru

Složení: 6 mg liraglutidu/ml. **Indikace:** Léčba dospělých s diabetem mellitus 2. typu v kombinaci s metforminem nebo sulfonylureou u pacientů s nedostatečnou kontrolou glykemie, přestože již bylo dosaženo maximální tolerované dávky při monoterapii metforminem nebo sulfonylureou či v kombinaci s metforminem a sulfonylureou nebo metforminem a thiazolidindionem u pacientů s nedostatečnou kontrolou glykemie navzdory kombinované léčbě. **Dávkování a způsob podání:** Počáteční dávka je 0,6 mg liraglutidu denně. Minimálně po jednom týdnu by dávka měla být zvýšena na 1,2 mg. Na základě klinické odpovědi lze u některých pacientů předpokládat přínos při zvýšení dávky z 1,2 mg na 1,8 mg. Denní dávky vyšší než 1,8 mg se nedoporučují. **Subkutánní podání:** Zkušenosti s léčbou pacientů ve věku 75 let a starších jsou omezené. Použití u dětí mladších 18 let a u pacientů se středním až těžkým poškozením ledvin není doporučeno. U pacientů s poškozením jater není použití doporučeno. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Victoza® nesmí být používán u pacientů s diabetem mellitus 1. typu nebo k léčbě diabetické ketoacidózy. Další viz SPC. **Významné interakce:** An vitro je liraglutid prokázán velmi nízký potenciál pro farmakokinetické interakce s jinými léčivými látkami s vlivem na cytochrom P450 a vazbu na plasmatické proteiny. Kombinace liraglutidu s inzulínem nebyla hodnocena, a proto není doporučena. **Nežádoucí účinky:** Gastrointestinální poruchy, další viz SPC. **Balení:** Zásobní vložka v jednorázovém multidávkovém předpřipraveném peru. Jedno předpřipravené pero obsahuje 18 mg liraglutidu ve 3 ml. Velikost balení po 2 předpřipravených perách. **Uchovávání:** V chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Neuchovávejte v blízkosti mrazákové oděly. Po prvním použití: Uchovávejte při teplotě do 30 °C nebo v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. **Pansochovávejte uzávěr na peru, aby byl přípravek chráněn před světlem.** **Doba použitelnosti:** 30 měsíců, po prvním použití: 1 měsíc. **Způsob výdeje:** vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Přípravek je částí zdravotního pojištění. **Datum schválení:** 30. 6. 2009 **Datum revize textu:** leden 2010. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Dánsko. **Reg. číslo:** EU/1/09/529/002. **Další informace získáte z SPC, příbalové informace nebo na adrese firmy Novo Nordisk:** Novo Nordisk s.r.o., Evropská 33 c. 160 00 Praha 6.

Literatura: 1. SPC Victoza®.

DIA_106/10

DIABETOLOGIE

Nové terapeutické přístupy v diabetologii

(3. část): Patogeneticky orientovaná léčba

Prof. MUDr. Michal Anděl, DrSc., se ve svém vystoupení na odborném diabetologickém semináři na půdě 3. LF UK vedle rozboru patofyziologických defektů vedoucích k rozvoji diabetu 2. typu věnoval i cestám k personalizaci léčby.

Svou přednášku profesor Anděl uvedl připomínkou základních pilířů v patogenetice diabetu 2. typu (T2DM) – jsou to játra, beta-buňka a svalová buňka. Úvodní patogenetickou triádu zahajuje zvýšení jaterní produkce glukózy, následuje snížení odběru glukózy svaalem a zhoršení inzulinové sekrece.

S tím, jak se mění koncept postižení více funkcí a orgánů, se postupně ukazuje, co všechno kromě dysfunkce beta-buňky a inzulinové rezistence (IR) ještě hraje důležitou roli při vzniku T2DM – je to zvýšení sekrece glukagonu, zvýšení reabsorpce glukózy, zvýšení lipolýzy a porucha sekrece inkretinů. Právě pokles sekrece inzulinu je u člověka, který byl zprvu pouze obezný, ale s normální glukózovou tolerancí, determinujícím faktorem pro rozvoj diabetu.

Následně pak přednášející demonstroval celý tzv. DeFronzův „osudový oktet“ (Ralph Anthony DeFronzo je profesorem medicíny

a vedoucím diabetologického oddělení při University of Texas Health Science Center a Audie L. Murphy Memorial VA Hospital San Antonio, Texas).

Cesty vedoucí ke zhoršení sekrece inzulinu

Podle Michala Anděla je jednou z klíčových otázek moderní diabetologie „Co se děje s beta-buňkami a proč klesá jejich sekrece i u diabetiků 2. typu?“. Jak v této souvislosti dodal, „nejme příliš vzdálení od doby, kdy bylo zjištěno, že jde o klíčový proces u diabetu 1. typu, a teď se zdá, že je to stejné i v případě T2DM. Víme, že existuje přímá glukózová toxicita, že většina beta-buněk zaniká apoptózou a po saturovaných a trans-mastných kyselínách (Fürstová V. et al., Life Sci, 2008) se urychluje. V současnosti existuje také rozsáhlá literatura o mírném chronickém zánětu při obezitě, který nepřímo přes TNF- α vede rovněž k apoptóze beta-buněk a ukládání amyloidu v beta-buňkách.“

Autor sdělení poté rovněž demonstroval pomocí grafů a schémat vztah mezi zhoršením transdukce inzulinového signálu a akcelerovanou aterosklerózou u inzulin-rezistentních osob.

Disharmonický kvartet

Profesor Anděl dále pokračoval ve výkladu zmíněného DeFronzova paradigmatu, podle něhož vstupuje do patogenetice T2DM ještě čtvrtý hráč a tím je tuková buňka v roli „pivota“. Tuková buňka hraje v tomto procesu důležitou roli zejména proto, že se stává rezistentní vůči antilipolytickému účinku inzulinu, což vede k celodennímu zvýšení hladin neesterifikované mastné kyseliny (NEMK či FFA – *free fatty acids*). Chronicky zvýšené hladiny FFA pak stimulují glukoneogenezi, indukují IR ve svalech a játrech a dále zhoršují sekreci inzulinu.

Dysfunkce tukových buněk vede k produkci prozánětlivých a proaterogenních cytokinů, které také zhoršují IR, k čemuž přispívá i snížená schopnost sekrece adiponektinu. Zvětšené tukové buňky jsou rezistentní vůči inzulinu a mají sníženou kapacitu sklado-

vat tuk. Ten se pak ukládá ve svalu, játrech, beta-buňkách i v cévní stěně. Tyto poznatky významně ovlivňují též rozhodování při výběru farmakoterapie.

Podstatný kvintet (quintessential quintet)

Dle DeFronza se v rozvoji patogenetice T2DM ke kvartetu dále přidává deficientní schopnost L buněk distálního tenkého střeva produkovat hormon GLP-1 (*glucagon-like peptide*), zatímco K buňky mnohem proximálnějšího tenkého střeva ve zvýšené míře produkují GIP (*gastric inhibitory polypeptide*), je však přítomna současná rezistence vůči stimulačnímu efektu GIP na sekreci inzulinu. GLP-1 je nejen potentní stimulator sekrece inzulinu, ale také potentní inhibitor sekrece glukagonu. Proto paradoxně po jídle glukagon stoupá a je špatně suprimována jaterní produkce glukózy.

Šťětinatý sextet (sefaceous sextet)

Šestá hráčem jsou v uváděném modelu patogenetice T2DM pankreatické alfa-buňky. Prokazatelně zvýšený plazmatický glukagon je tedy nejen u T1DM, kde to bylo jasné od začátku, ale i u T2DM. K tomu přispívá zvýšená jaterní produkce glukózy, která koreluje s nárůstem plazmatického glukagonu. U T2DM zřejmě existuje zvýšená citlivost jater vůči stimulačnímu efektu glukagonu na jaterní glukonegezi. Proto jsou léky, které inhibují sekreci glukagonu – DPP-4i (*dipeptidyl peptidase 4 inhibitor*) a GLP mimetika či antagonisté glukagonového receptoru – účinné v léčbě pacientů s T2DM.

Septicidální septet (septicidal septet)

Dalším hráčem v procesu rozvoje T2DM jsou ledviny, které tak doplňují vzájemně propojený počet příčin na sedm. Podstatou je, že při glykosurii se adaptivně zvyšuje reabsorpce glukózy (čím více glukózy v moči, tím větší reabsorpce). Ledvinami denně prochází při filtraci 162g glukózy. 90% filtrované glukózy je reabsorbováno pomocí vysokokapacitního transportéru SGLT2 v proximálním tubu-

lu a zbylých 10% pomocí SGLT1 transportéru v přímém úseku vstupné klíčky proximálního tubulu. U diabetu s glykosurií je adaptivními mechanismy reabsorpce glukózy zvýšena.

Nyní jsou před zavedením léky, které inhibují reabsorpce glukózy v proximálních tubulech ledvin – to se zdá být podle autora dalším logickým léčebným krokem.

Zlověstný oktet (ominous octet)

Konečně to, čeho se zatím jen vzdáleně dotýkáme, je mozek – poslední, pravděpodobně nejdůležitější hráč, který doplňuje osmičlenné obsazení neblahé skupiny příčin. Rozhoduje o tom, co jíme a jak se chováme. Obězní jedinci tedy mají vlivem inzulinu zcela jistě zhoršenou regulaci apetitu. Po požití glukózy je zde menší účinek na inhibici chuti k jídlu ve spodním zadním hypothalamu (ventromediální jádra) a horním zadním hypothalamu (paraventriculární jádra).

V další části svého vystoupení se profesor Anděl věnoval novým lékům založeným na využití inkretinového účinku, jejichž principem je zvýšení sekrece inzulinu cestou zvýšení hladiny GLP-1. Jedná se o dvě skupiny léků, z nichž první blokují odbourávání vlastního GLP-1 (inhibitory DPP-4, gliptiny – sitagliptin, vildagliptin a saxagliptin). Druhou skupinou jsou analoga GLP-1 odolná vůči účinku DPP-4, proteiny exenatid a liraglutid určené pro injekční podání (první z nich 2x denně, druhý 1x denně); ve stadiu zkoušení je i injekční aplikace 1x týdně.

Implikace pro léčbu T2DM

Účinná léčba DM2 vyžaduje více léků podaných v kombinaci tak, aby bylo možné korigovat různé defekty. Léčba by měla být založena na znalosti patogenetických mechanismů a nejen na redukci HbA_{1c}. Musí být zahájena co nejdříve, aby se zabránilo progresivnímu selhání beta-buněk.

Riziko kardiovaskulárních a nádorových chorob

Antidiabetika dle profesora Anděla snižují riziko nádorového růstu – metformin zcela určitě, pio-



Profesor Michal Anděl. | Foto: Leoš Chodura

glitazon je v tomto směru zatím s otazníkem. Dále potencují sekreci inzulinu, stimulují proliferaci a růst buněk a inzulin, zejména jeho analoga, je předmětem intenzivního studia experimentálního i epidemiologického.

Přednášející rovněž zmínil účinky thiazolidindionů na kardiovaskulární systém. Rosiglitazon byl stažen z trhu pro zvýšené riziko infarktu myokardu, u pioglitazonu tento efekt nebyl prokázán, ale je třeba věnovat pozornost retenci vody (vznik často až několikakilogramových edémů).

Od empirie k patofyziologii

Autor pak demonstroval zjednodušený terapeutický algoritmus, kde na prvním stupni jsou životně správná opatření a metformin, ve druhé fázi přistupuje podpora sekrece inzulinu (deriváty sulfonylurey, inkretinová terapie), poté je možné eventuální přidání pioglitazonu, poslední a jedinou možností je inzulin. Do budoucna se zvažují i látky zabráňující zpětnému vstřebávání glukózy v tubulech. Připomněl rovněž, že je důležité nemíchat spolu léky z jedné terapeutické skupiny a vyvarovat se častého měnění léků.

Podle profesora Anděla se zdá, že „stojíme před novým léčebným paradigmatem, kdy již nejde jen o terapii s ohledem na dosažení terapeutických cílů, ale také s ohledem na uchopení příčiny daného stavu. Je to začátek cesty od empirického k cílenému podávání léků a jejich kombinací“. V závěru svého vystoupení se přednášející podrobněji věnoval rozboru zásadních faktorů, které je třeba zohlednit při rozhodování o terapii diabetu u konkrétního pacienta a rovněž otázkám spojeným s vyšetřováním hladiny C-peptidu.

Jaroslava Sládká

Dělení antidiabetik

1. Inzulin
2. Léky potencující sekreci inzulinu
 - 2.1 Deriváty sulfonylurey
 - 2.2 Gliinidy
 - 2.3 Léky ovlivňující sekreci inzulinu cestou GLP-1
 - GLP-1 mimetika
 - Inhibitory DPP-4
3. Léky ovlivňující citlivost vůči inzulinu
 - 3.1 Biguanidy – metformin
 - 3.2 Thiazolidindiony – pioglitazon
 - 3.3 Bromokriptin (?)*
4. Léky ovlivňující štěpení živin v tenkém střevě:
 - 4.1 Skrobu – Akarbóza
 - 4.2 triacylglycerolů – tetrahydrolipstatin – Xenical
5. Léky ovlivňující chuť k jídlu a příjem potravy (??)
6. Léky ovlivňující zpětné vstřebávání glukózy v proximálním tubulu ledvin

* Agonista dopaminu, derivát námelových alkaloidů. Inhibuje sekreci prolaktinu, zkoušen u pacientů trpících některými autoimunitními chorobami.

1den pro sestru
edukační projekt Mladá fronta a. s.

konference

Sestra jako specialista
v geriatрии

23. 5. 2011 Praha

Více na www.medical-services.cz



Přijďte se
seznámit
s novými
poznatky
v oboru.



Registrační poplatek: 400 Kč – platba předem; 500 Kč – platba na místě



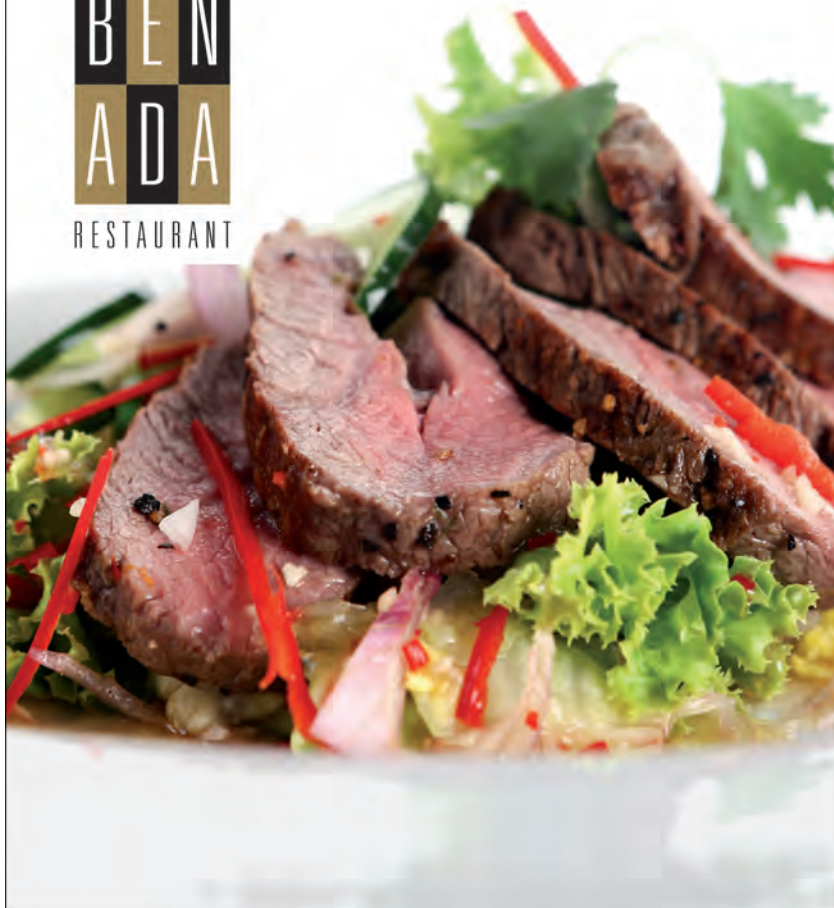
Credit PLUS
Akce bude
ohodnocena 4 kredity



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 434, e-mail: konferenceMS@mf.cz

Inzerce A111008744

**BEN
ADA**
RESTAURANT



Nově otevřeno!

Benada Restaurant nabízí kulinářské zážitky za skvělé ceny.

Příjemná restaurace osloví hosty přátelskou atmosférou a vysokou úrovní gastronomie. V nabídce naleznete místní speciality i kulinářské zážitky z gastronomického kalendáře, tematicky zaměřené na řadu specialit ze sezónních surovin. Pozornosti neuniknou ani ti nejmenší, kteří se mohou těšit na speciální dětské menu včetně nekuřáckého prostředí.

Benada Restaurant

■ Praha 1 ■ Praha 2 ■ Praha 9 ■ Ostrava ■ Liberec ■ Ústí nad Labem

www.benadarestaurant.cz

O V A S A O J Í D L E

Inzerce A111006591

AKTUALITY

Mezinárodní audit české vědy

21. dubna se v Národním domě na Vinohradech konalo XXXVIII. zasedání Akademického sněmu AV ČR. Jeho hlavní téma – výsledky 1. etapy hodnocení vědecké činnosti pracovišť AV ČR za období 2005–2009 – přitahuje velkou pozornost také proto, že o vhodné metodice hodnocení vědeckého výzkumu se nyní diskutuje na celostátní úrovni. Prezentovány byly rovněž aktuální výsledky tuzemské výzkumné práce.

Skončila první ze tří etap hodnocení vědeckých ústavů i jejich týmů a na MŠMT v současnosti probíhá podrobná analýza hodnocení české vědy nezávislými zahraničními auditory. Výsledná klasifikace má vést k trvalému zvyšování kvality vědeckých aktivit a k zapojování pracovišť do mezinárodní vědecké spolupráce. Celkově je nyní v AV ČR téměř 77 % standardních a nadstandardních vědeckých pracovních útvarů (známky 1–2,5), známku horší než 3 obdrželo 24 útvarů, tedy 6,1 %. Z porovnání s minulým cyklem hodnocení je zřejmé, že došlo k podstatnému nárůstu měřitelné kvality a množství vědeckých výstupů pracovišť. V této souvislosti je třeba upozornit na interpretační hlediska – známka 3 z pohledu mezinárodní klasifikace představuje v našich podmínkách tým špičkové kvality.

Nepovedený experiment *in vivo*

Předseda AV ČR prof. Ing. Jiří Drahoš, DrSc., ve svém úvodním vystoupení znovu důrazně kritizoval nedomyšlenou reformu systému výzkumu, vývoje a inovací z let 2008–2009 a především zavádění a uplatňování naprosto chybné metodiky hodnocení výsledků dosahovaných v této oblasti (nazývané často „kafemlejnem“), jež podle něj v konečném důsledku ohrozila nejen pracoviště Akademie věd, ale i kvalitu a pozici české vědy a vzdělanosti jako celku.

„Z první průběžné zprávy zmíněného nezávislého auditu české vědy a výzkumu, který na objednávku vlády ČR provádí konsorcium šesti renomovaných zahraničních institucí, přitom plyne jasné doporučení: Přestat používat současnou metodiku hodnocení, protože představuje významné riziko pro zdraví výzkumu, vývoje a inovací, a v dané situaci raději nedělat nic než používat nástroj, který vede k deformacím celého systému,“ uvedl profesor Drahoš. Zdůraznil také, že alternativní systém hodnocení vědy a výzkumu v tuzemsku existuje a již řadu let je s úspěchem využíván právě v Akademii věd ČR.

Po vzájemné výměně názorů bylo přijato doporučení ředitelům a radám pracovišť AV ČR, aby po negociační fázi využili výsledky hodnocení k restrukturalizaci a účelným reorganizačním změnám.

Výsledky výzkumné činnosti

Přehled dalších událostí, k nimž došlo v období od minulého zasedání Akademického sněmu ve vědeckém životě AV ČR, otevřel Jiří Drahoš čerstvou zprávou z Bruselu – komisař pro regionální politiku Evropské komise Johannes Hahn podepsal rozhodnutí o podpoře a finančním zajištění projektu ELI (Extreme Light Infrastructure). Vybudování nejvýkonnějšího superlaseru světa v ČR podle něj představuje naprosto unikátní příležitost pro budoucí rozvoj

české ekonomiky i společnosti. „Je to velká výzva pro komunitu vědců, inženýrů a techniků vybudovat poprvé v nové členské zemi EU panevropskou výzkumnou infrastrukturu tohoto rozsahu,“ dodal předseda AV ČR.

Profesor Drahoš také pogrataloval profesorce Blance Říhové z Mikrobiologického ústavu AV ČR, která byla nominována na prestižní cenu „European Inventor Award“ pro nejlepšího evropského vynálezce za svůj příspěvek k vývoji cílených léčiv ničících zhoubné nádory.

Významnou cenu „Cross Border Award“ za rozvoj příhraniční spolupráce ve výzkumu získalo Biologické centrum AV ČR. Vědecká činnost Karla Šimka z tohoto pracoviště byla oceněna udělením čestného doktorátu Univerzitou Blaise Pascala ve francouzském Clermont-Ferrand.

Loňský přínos sekce biologických a lékařských věd

• Z výsledků roku 2010 lze připomenout například úspěch pracovníků Mikrobiologického ústavu AV ČR při **objasnění mechanismu průniku adenylát-cyklázového toxinu (ACT) buněčnou membránou**. Jde o velmi významné zjištění z hlediska patofyziologického působení toxinu, neboť pod lipidickými mikrodomény bohatými na cholesterol se akumuluje podjednotky proteinu kinázy A. Přeměna ATP toxinem na cAMP (cyklický adenosin monofosfát) v tomto místě umožní maximalizovat jeho účinek na buňky.

• V Ústavu molekulární genetiky AV ČR loni proběhla **izolace, charakterizace a kultivace kmenových buněk využitelných k regeneraci poškozeného povrchu oka**. Poprvé se podařilo izolovat vysoce purifikovanou populaci lumbálních kmenových buněk z enzymaticky ovlivněných limbů experimentálních myši. Byly popsány nové, dosud neukázané imunopresivní a antiapoptotické vlastnosti těchto buněk, které přispívají k jejich přežívání v často zánětlivém prostředí předního

segmentu oka. Tyto buňky byly kultivovány v tkáňových kulturách a s využitím nanovláknových nosičů přenášeny na povrch poškozeného oka. Bylo prokázáno, že kmenové buňky migrují z nanovláknových nosičů na povrch oka, kde přispívají k hojení defektů a svými imunopresivními účinky potlačují zánětlivou reakci v místě poškození. Tyto poznatky, které propojují rozvíjející se nanotechnologie a studium kmenových buněk, dokládají nové možnosti léčby deficiencie lumbálních kmenových buněk a reparace těžkých poškození očního povrchu.

• Vědci z Biofyzikálního ústavu AV ČR prokázali, že **myeloperoxidáza (MPO) reguluje akutní zánětlivou odpověď**. MPO deficientní myši měly na rozdíl od kontrolních během akutního zánětu v krevní plazmě podstatně nižší hladinu biologicky aktivních metabolitů odvozených od kyseliny arachidonové a linolenové (epoxydy, dioly mastných kyselin, hydroxy meziproducty). Naopak MPO-deficientní myši měly v plazmě podstatně vyšší hladinu cysteinyl leukotrienů s dobře známými prozánětlivými vlastnostmi. To naznačuje, že MPO moduluje rovnováhu pro- a protizánětlivých lipidových meziproductů během akutního zánětu a tímto způsobem může kontrolovat průběh zánětlivých onemocnění.



Profesoři Jaroslav Pánek a Rudolf Zahradník. | Foto: Leoš Chodura

Dále bylo prokázáno, že MPO usnadňuje leukocytům postup do místa zánětu svým kladným povrchovým nábojem. MPO vyvolávala migraci leukocytů *in vitro*, která byla závislá pouze na elektrostatických interakcích s povrchem leukocytů. Také v pokusech *in vivo* (s použitím různých modelů zánětu u myši) byla akumulace leukocytů v místě zánětu závislá na přítomnosti MPO. Díky svému kladnému náboji se MPO intenzivně váže na povrch endotelu a právě změna povrchového náboje se zdá být zodpovědná za pozorované účinky MPO na migraci leukocytů. Tento elektrostatický efekt MPO ukazuje nejen dosud nerozpoznanou funkci MPO nezávislou na její aktivitě, ale také nový typ mechanismu, kterým je přitahování leukocytů elektrostatickým nábojem endotelu.

• Další zajímavý výsledek pochází z Fyziologického ústavu AV ČR, jehož pracovníci zjistili, že **mutace genu ATP5E vede k periferní neuropatii na podkladě defektu mitochondriální ATP syntázy**. ATP syntáza (též ATP syntetáza) je složitý transmembránový bílkovinný komplex schopný syntézy ATP, je tedy klíčovým enzymem buněčné tvorby ATP a její dysfunkce má za následek závažné metabolické poruchy. U nové mitochondriální choroby s dominantní periferní neuropatií na podkladě selektivního deficitu ATP syntázy vědci našli nový typ genetického defektu – mutaci v genu ATP5E, která vede k záměně konzervovaného tyrosinu 12 za cystein v podjednotce epsilon. Ta je jednou z podjednotek katalytické části enzymu, která nemá homolog v bakteriálním ani chloroplastovém enzymu. Mutace nemá vliv na vlastní biochemickou funkci ATP syntázy, ale vede k selektivní inhibici tvorby enzymu, spojené s unikátní akumulací hydrofobní podjednotky c, hlavní komponenty protonového kanálu ATP syntázy. RNA interference ATP5E genu v buněčné linii HEK293 vede ke stejnému fenotypu – defektu ATP syntázy a akumulaci podjednotky c. Odhalení prvního případu mutace v jaderné kódované podjednotce enzymu a *knockdown* studie ukazují na novou, regulační funkci epsilon podjednotky v biogenezi ATP syntázy. Vedle TMEM70, který byl popsán v roce 2008, a ATP12 je tak ATP5E třetím genem zodpovědným za izolovaný defekt lidské ATP syntázy. Výsledky studie umožňují další zlepšení diagnostiky a prevence lidských mitochondriálních onemocnění.

Jaroslava Sládká



Předseda AV ČR profesor Jiří Drahoš. | Foto: Leoš Chodura

TRENDY A PERSPEKTIVY MEDICÍNSKÝCH OBORŮ - NEUROLOGIE VIII

Psychiatrická problematika v neurologii

Existuje řada diagnostických jednotek, jež s sebou přinášejí symptomy obou oborů a u kterých je velmi žádoucí vzájemná spolupráce.



Ilustrace: foto: Shutterstock

Lékařský vědní obor psychiatrie se zabývá příčinami, podstatou, diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Základní metodou psychiatrie jsou klinická pozorování a explorace. Snad právě z těchto důvodů přezívá – žel i v odborné veřejnosti – velmi zkostnatělá představa psychiatrie coby iracionálního, idealistického, s medicínou nesouvisejícího oboru. Dnešní psychiatrie se ovšem opírá o neurofyziologické, biologické, morfologické, biochemické, imunologické, genetické, sociálněpsychologické a další vědní poznatky vztahující se především k CNS. Logicky tedy velmi úzce souvisí s vědním oborem neurologie zabývající se stejnými strukturami, pouze z jiného úhlu pohledu. Úplná separace těchto oborů není z praktického hlediska šťastná, neboť vede k selektivnímu hodnocení poruch CNS a znemožňuje komplexní pohled a tím i kvalitnější řešení některých potíží.

Organická a symptomatické duševní poruchy

Pro neurologa mají zásadní význam poruchy vznikající na zá-

kladě organického postižení mozku, které se projevují mozkovou dysfunkcí, tj. řadou neuropatologických a psychopatologických

Na hranici oborů

- Neurologické nemoci mohou mít řadu psychopatologických symptomů (deprese, úzkost, kognitivní deficit atd.).
- Psychiatrické nemoci mohou mít řadu neuropatologických symptomů (akineze, třes, slabost, insomnie atd.).
- Terapie neurologických nemocí může mít vedlejší účinky z oblasti psychopatologie (poléková deprese, amence, halucinóza atd.).
- Terapie psychiatrických chorob může mít řadu vedlejších účinků z oblasti neuropatologie (tremor, cefalea, akatizie, parkinsonský syndrom, třes, dyskineze atd.).
- V neposlední řadě je nutno pamatovat, že psychopatologické či psychosociální aspekty mohou hrát primární, spouštěcí či modifikující roli při vzniku a průběhu obtíží.

symptomů. Organické postižení může být buď primární (postižení mozku přímo), či sekundární, kdy mozková dysfunkce vzniká v rámci multiorganového postižení, přičemž vyvolávající příčina je mimo nervový systém. Organické duševní poruchy mohou mít jakoukoli fenomenologii, od kognitivních deficitů či demence přes afektivní poruchy a schizoforní symptomy až ke změnám osobnosti a chování.

Organická depresivní porucha

Klinické příznaky organické deprese jsou identické s „neorganickými“ depresemi (viz dále). Nervovými onemocněními se zvýšeným rizikem vzniku deprese jsou především cévní mozkové příhody, epilepsie, roztroušená skleróza mozkomíšni a jiné autoimunitní či zánětlivé nemoci centrálního nervstva, Parkinsonova, Huntingtonova a Alzheimerova nemoc, traumata CNS, chronická bolest a afázie různého původu.

Organické psychotické poruchy

Psychotické stavy se v neurologii vyskytují především u onemocnění bazálních ganglií. Nejčastější je farmakogenní psychóza u Parkinsonovy nemoci, dále to může být psychotická porucha u Huntingtonovy či Wilsonovy nemoci. Druhou velkou oblastí symptomatických psychóz v neurologii jsou psychotické stavy při epilepsii. Podle časové souvislosti se záchvatem hovoříme o iktální, postiktální a interiktální psychotické poruše. S psychotickými symptomy se dále můžeme setkat u roztroušené sklerózy mozkomíšni, intrakraniálních nádorů, traumat CNS a neuroinfekcí. V neposlední řadě je nutné zmínit i potenciálně psychotogenní farmaka užívaná v neurologii, především kortikoidy.

Delirium

Deliriem rozumíme etiologicky nespecifický organický mozkový syndrom, který je charakteristický současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity a cyklu spánků – bdění. Je to stav přechodný a jeho

intenzita je měnlivá v čase. Vyskytuje se u metabolického rozvratu, při různých typech infekce, expanzivních procesech CNS, encefalopatiích, po iktech a významnou roli hraje také prostředí (senzoričká deprivace, hyperstimulace, prostá změna prostředí u kognitivně selhávajícího jedince).

Demence

Demence se vyznačují závažným úbytkem kognitivních funkcí (paměť, intelekt, pozornost, motivace, soudnost, exekutivní funkce) vedoucím k narušení až ztrátě soběstačnosti a k neschopnosti vykonávat běžnou denní rutinu. K významným jednotkám této skupiny patří demence Alzheimerova typu, multiinfarktová demence, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence, dále demence při Parkinsonově a Huntingtonově nemoci ad. Kvůli behaviorálním a psychologickým symptomům jsou demence typickým příkladem mezioborového onemocnění zasahujícího rovným dílem do oblasti neurologie i psychiatrie.

Primárně psychiatrické poruchy a neurologie

Depresivní porucha

Z primárně psychiatrických poruch se neurolog nejčastěji setká s depresí.

Obvykle je definována jako patologická porucha nálady neodpovídající okolnostem. Jejím základními příznaky jsou skleslá nálada, snížení energie, snížení aktivity. Z dalších symptomů se objevuje zhoršení schopnosti radovat se, pokles zájmů, zhoršení koncentrace a paměti, pocity viny, méněcennosti, smutný a pesimistický výhled do budoucna, myšlenky na sebeopoškození, sebevraždu, ztráta náhledu na onemocnění, úzkost, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy (často nechutenství, méně často nadměrný příjem potravy), somatické příznaky (algické syndromy, vertigo, palpitace, dechové obtíže, změny váhy, pokles sexuální apatence, únnavový syndrom).

Deprese může do neurologie zasahovat rovněž vedlejšími účinky antidepresiv a thymopropylak-

tik. K nejčastějším patří tremor, cefalea, poruchy potence, poruchy salivace, akatizie, porucha akomodace či zvýšení pohotovosti k epileptickým paroxysmům.

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Společným základním symptomem všech uvedených poruch je úzkost – anxieta (bezdůvodný nebo podnětu nepřiměřený pocit strachu s projevem na psychické i somatické úrovni).

Pokud je úzkost vázána na konkrétní podnět či situaci, hovoříme o **fobické úzkosti** (neurolog se často setká s fobií vázanou na jeho obor – strach z nádoru mozku, z Alzheimerovy nemoci apod.). Náhle vznikající a nepředvídatelné periodické ataky masivní úzkosti bez vazby na specifickou situaci nazýváme **panickou poruchou** (často přítomný symptom parestezie obvykle přivádí tyto pacienty do neurologických ambulancí).

Z neurologického hlediska bývájí nejčastějším problémem **somatoformní poruchy**, což jsou tělesné symptomy či syndromy, které jedince vedou k neustálým vyšetřováním přes opakované negativní závěry lékařů ohledně „organické“ příčiny. Symptomy mají obvykle časovou souvislost s traumatizující životní událostí.

Velkým a poměrně častým problémem pro neurologie zůstávají **dissociativní (konverzní) reakce**. Pojem konverze zjednodušeně znamená, že nepřijemná emoce je jedincem nějakým způsobem transformována v určitý symptom. Tyto poruchy jsou časově podmíněny určitými traumatizujícími událostmi či neřešitelnými problémy. Konverzní reakce se mohou manifestovat jako poruchy motoriky (tzv. hysterické obrny, různé druhy mimovolních pohybů, poruchy chůze atd.), senzorky, čítí (např. hysterická slepota, hemianestezie), porucha vědomí ve smyslu soporu, poruchy paměti či křeče, obtížně odlišitelné od epileptických paroxysmů. Schizofrenie charakterizovaná poruchami myšlení, vnímání a afektivity přesahuje do neurologické oblasti hlavně kvůli možným nežádoucím účinkům antipsychotické léčby. Zejména psychofarmaka ze skupiny klasických antipsychotik vyvolávají postneuroleptické extrapyramidové projevy.

MUDr. Tereza Uhrová

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

doc. MUDr. Jan Roth, CSc.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Z dějin porodnictví V

V minulém pokračování jsme představili středověké lékařské školy a knihy. Dnešní díl seriálu se věnuje především anatomii, která je spolu s pitvami pro porodnictví velmi důležitým oborem.

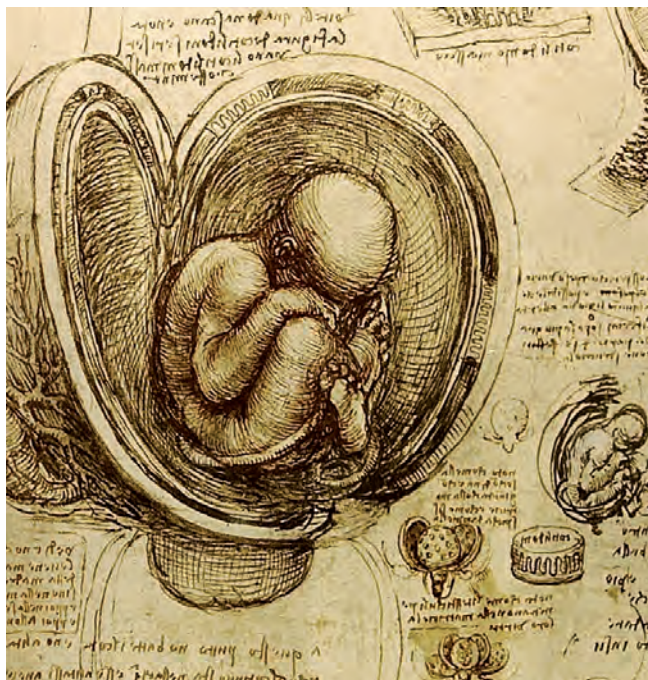
Vstup anatomie do lékařství a porodnictví

Pravděpodobně jedním z prvních míst, které je zmiňováno v souvislosti s veřejnou pitvou lidského těla, je Boloňská univerzita. O její anatomickou slávu a věhlas se zasloužil Mondino de Luzzi (1270–1326), který roku 1315 provedl první zdokumentovanou veřejnou pitvu lidského těla po více než tisíci letech. Pitval dvě ženské mrtvolky, jež podrobně prozkoumal, a na základě toho napsal knihu o lidském těle, kterou nazval „Anatomia mundini“. Z Boloně se pak provádění pitev rozšířilo do dalších univerzitních měst, například do Padovy, do Leridy ve Španělsku, kde se v roce 1391 konala první veřejná pitva, nebo do Vídně, kde se v roce 1404 uskutečnila pitva pod vedením magistra Galeata de Sancta Sophia, lékaře z Padovy, jež trvala osm dní a anatomie se pak díky tomu na vídeňské univerzitě stala samostatným oborem.

V Praze se první veřejná pitva konala daleko později (zcela jistě však nešlo o první pitvu konanou v Čechách). Zasloužil se o ni lékař, politik a filozof Ján Jesenský (nebo také Jessenius, 1566–1621), který svým činem zlomil určité předsudky, jež o anatomii a pitvání mrtvých těl po Čechách kolovaly. Pitva byla provedena ve dnech 8.–13. června roku 1600 v Rečkově koleji, a to na těle odsouzeného oběšence. Popis pitvy vyšel v roce 1601 ve Wittenberku pod názvem „Pražská anatomie“ a byl věnován císaři Rudolfovi II. a českým stavům. Pitva byla přijata rozporupně, odborná veřejnost byla nadšena, laici Jessenia odsoudili.

Pitva jako praktická zkušenost

Ne všechny pitvy ovšem byly dokumentovány nebo z nich vznikaly odborné texty či publikace. Patrně nejstarším anatomickým dílem, vydaným v řečtině, byl spis Alessandra Benedettiho (1445–1525) vydaný pod názvem „Historia corporis humani; sive anatomice“ (Pojednání o lidském těle: čili anatomie). Toto dílo přináší především přesný popis toho, jak má být zařízen sál pro provádění anatomických pitev a jak má být při pitvách postupováno. Benedetti se stal profesorem anatomie a chirurgie



Leonardo da Vinci: Studie uložení plodu v děloze (1510–1513)

od roku 1490 vyučoval anatomii na univerzitě v Padově. Kladl velký důraz na nutnost pitev, protože v této době již začíná převládat názor, že není možné hovořit o anatomii a medicíně bez praktických zkušeností s prováděním pitev.

První generace anatomů, jako byli Gabriele Fallopio (1523–1562), Giulio Cesare Aranzio (1530–1589) nebo Bartolomeo Eustachius (1520–1574), zaznamenala rozdíl v anatomii žen a zvířat. Ke srovnání bylo zvoleno prase – tvor, který velikostí odpovídal člověku a byl všeobecně známý a prakticky všude dostupný. Díky tomu došlo k odstranění některých chyb Galéniho. Pozornost anatomů se zaměřila také na pohlavní orgány, které chirurgie a porodníky zajímaly nejvíce. Anatomové si díky vzpřímené postavě člověka začali uvědomovat rozdíly ve stavbě pánevní a snažili se také porovnávat rozměry pánevního vchodu a východu s velikostí hlavičky donošeného plodu. Potvrdily se rozdíly v typu dělohy u ženy, která je tzv. jednoduše, zatímco u řady zvířat je tzv. dvojrohá.

Anatomové již měli k dispozici nejen těla mrtvých zvířat, ale i lidí a často i zemřelých těhotných žen. Díky tomu se objevují anatomické informace o jednotlivých orgánech

lidského těla a začínají se také objevovat první ucelenější informace například o ženských placentách, o lidských embryích a plodech. Někteří anatomové začínají pro své pozorování vytvářet první anatomické a embryologické sbírky. Samozřejmě dochází k průběžnému srovnávání lidského těla s těly různých zvířat, což vedlo k rozvoji srovnávací anatomie.

Příležitost pro umělce

Lidská anatomie a především pitvy byly dlouho v hledáčku církve, která k nim měla zásadní výhrady. Pro běžnou populaci se naopak problematika anatomie a konání pitev stala spíše kuriózní a zajímavou kratochvílí, zvláště pak pokud byla spojena s prezentací různých malformací nebo anomálií. Pro řadu malířů, sochařů a filozofů byla možnost většího poznání lidského těla velkou výzvou, především v období renesance.

Jestli se někdo z umělců skutečně významnou měrou zasadil o poznání lidského těla a následně též o využití těchto informací, ač nebyl lékařem, byl to Leonardo da Vinci (1452–1519). Významný umělec, vědec a vynálezce provedl více než 30 pitev, a to v období let 1488–1511. Byl účasten také pitev těhotných žen, a to s ana-

tomem Markem Antoniem della Torre. Výsledkem pitev byla řada dokonalých anatomických kreseb, včetně uložení plodu a placenty, vnitřních a zevních rodidel ženy nebo obrazu koitu v sagitálním řezu. Leonardem plánovaná anatomická publikace měla mít 120 svazků a obsahovat studie ze srovnávací anatomie. Jeho obrovské dílo bohužel zůstalo nedokončeno. Celkem je známo necelých osm set anatomických kreseb doplněných popisky nebo textem. Da Vinciho poznatky však tehdejší medicínu neovlivnily, protože jeho anatomické spisy byly publikovány až na konci 18. století.

Leonardo nebyl jediným umělcem, který pitvami získal znalosti anatomie nebo si znalosti anatomie osvojil. Mezi další patřili například Albrecht Dürer (1471–1528) nebo Michelangelo Buonarroti (1475–1564).

Zakladatel moderní anatomie

Můžeme-li někoho považovat za zakladatele moderní anatomie, je to zcela nepochybně belgický lékař a později profesor na Padovské univerzitě Andreas Vesalius (1514–1564). S jeho osobou začíná nový věk anatomie tak, jak ji známe v současnosti.

Vesalius nejprve studoval v Paříži, kde byl přítomen pitvě lidské mrtvolky. Při třetí pitvě byl vyzván, aby zastupoval pitvajícího, od té doby již vždy pitval osobně. Ve svých dvaceti letech opouští z válečných důvodů Francii a vrací se do Lovaně, kde bylo sídlo univerzity (nejstarší v Belgii, založena 1425), a tady pokračuje ve studiu. Díky povolení městské rady zde provádí veřejnou pitvu těla popraveného. V Lovani Vesalius také vypracoval lidskou kostru, první v Evropě, která dodnes, pouze s několika chybějícími kostmi, zůstala zachovaná jako klenot anatomických sbírek Basilejské univerzity. Později Vesalius odchází do Padovy, kde plánuje dokončit svá studia lékařství. 6. prosince 1537 se stává profesorem chirurgie a anatomie na Padovské univerzitě.

Všechno pochází z vajíčka

Jak významnou se anatomie stane pro medicínu, se mělo teprve ukázat. Přišla řada dalších anatomů, lékařů a vědců, kteří učinili významné objevy a jsou dodnes uváděni v učebnicích anatomie a lékařství vydávaných po celém světě. Mezi ně zcela jistě patří William Harvey (1578–1657), který objevil krevní oběh. Neméně slavné je ale také jeho *omne vivum ex ovo*. Vajíčko pak bylo skutečně objeveno (Karl Ernst von Baer, 1827). Tím

také byla racionálně podložena jedna z nejstarších antikoncepčních metod, přerušovaná soulož, která byla církví považována za hřích, i když se zmínka o ní nachází již ve Starém zákoně.

Lékař, přírodovědec a zakladatel histologie Marcello Malpighi z Crevalcore (1628–1694) navázal na Harveyův objev krevního oběhu, v roce 1661 jej doplnil a jako první popsal vlasečnice. Objevil a popsal i kapiláry plicní. Zajímal se rovněž o vývoj plodu, proto mj. sledoval vývoj kuřete ve slepičím vejci. Regnier de Graaf (1641–1673) objevil vajíčka v ovariu a na jeho počest nazýváme rostoucí a měnící se folikul Graafovým folikulem. Antonie van Leeuwenhoek (1632–1732) spolu s Johanem Hamem (1650–1723) objevili v roce 1674 mikroorganismy a v roce 1677 spermie.

Klíč k pochopení změn

Ale i samotný vývoj anatomie pokračoval stále kupředu. Od dob Vesaliových, kdy anatomové znali především anatomii makroskopickou, se postupně začali zabývat i srovnáním náleží u jednotlivých pacientů, nejprve mrtvých, později i živých. Zásluhu na tom měli především dva švýcařští lékaři – Johann Wepfer (1620–1695) a Théophile Bonet (1620–1689). Významné na ně poté navázal italský anatom Giovanni Battista Morgagni (1682–1771), který prosazoval, že nálezy získané *post mortem* mohou být klíčem k pochopení různých orgánových změn, jež jsou nejen projevem různých onemocnění, ale mohou být i příčinou úmrtí, a tudíž stojí za to je zkoumat a posuzovat. Tento přístup se stal základem patologické anatomie. V jiné části Evropy, ve skotském Edinburghu, se zase skotský anatom a chirurg John Bell (1763–1820) zasloužil o otevření samostatné anatomické školy (1790), kde následně vznikl jiný významný anatomický obor, který je součástí dnešní anatomie, totiž topografická anatomie.

Přínos pro chirurgii a porodnictví

Jestli ale měla tehdejší anatomie a provádění pitev význam pro nějaký medicínský obor, pak to bylo především pro chirurgii a porodnictví. Patrně nejvýznamnějším představitelem chirurgie tehdejší Evropy je chirurgie francouzská, jejímž výrazným zástupcem je Ambroise Paré (1510–1590). Svě chirurgické a traumatologické znalosti využil k tomu, aby se v roce 1552 stal osobním lékařem-chirurgem francouzského krále Jindřicha II. (1510–1559). Díky svému lékařskému umění, které

Z HISTORIE

patrně výrazně převážilo názory na jeho náboženské vyznání, přežil za Karla IX. Bartolomějskou noc (24. srpna 1572). Paré se významně zasloužil i o porodnictví. Na dlouhou řadu let do něj opět vrátil několik století zapomenuté operace, jako byl vnitřní obrat nebo extrakci.

Na něj navázal Jacques Guillemeau (1550–1630), který zdokonaloval Parého operace, popsal například včestné lůžko, při kterém prováděl perforaci placenty, obrat a extrakci (tzv. *accouchement forcé* = zrychlený porod). Díky tomu došlo k redukci zmenšovacích operací na plodech. Guillemeau také uznal pohyby plodu v děloze jako těhotenský znak.

Tajemství dynastie Chamberlenů

Porodnické kleště jsou vynálezem, který pomohl zachránit velké množství rodiček a dětí. Pocházejí z dílny rodiny Chamberlenů, která si výrobu kleští ponechávala po několika generacích jako nejvíce strážené tajemství. Základem nástroje jsou dvě široké ploché lžičky s okénky, které jsou zakřiveny tak, aby se snadno položily a přilnuly k hlavičce rodičiny. V místě křížení ramen je umístěn zámek, jenž

umožňuje spojení obou ramen až v těle matky.

William Chamberlen (1540–1596), zakladatel porodnické dynastie, přišel do Anglie z Paříže v době hugenotských válek; uvádí se, že to bylo někdy kolem roku 1570. Jeho nejstarší syn Peter (1560–1631) začal později v Londýně pracovat jako chirurg a následně působil také jako pomocník při porodech. V lékařské a následně i porodnické praxi pokračovali i někteří další členové rodiny. Peter (býval později historiky označován také jako nejstarší) se stal na základě své letité praxe proslaveným porodníkem, mj. byl i dvorním lékařem Anny Dánské, a získal díky svému porodnickému umění značné jmění. Jeho syn, Peter Chamberlen ml. (1572–1626), pracoval také jako chirurg a porodník. Vzal si za manželku hugenotku Saru de Laune, která žila v Londýně. Spolu s ní a rodinou se přestěhoval do rodinného sídla v Essexu, Woodham Mortimer Hall. Měli osm dětí, jedním z nich byl také další Peter, který se stal patrně nejproslulejším porodníkem rodu Chamberlenů. Tento Peter Chamberlen nejmladší, někdy také nazývaný III. (1601–1683), pokračoval díky dobré erudici v tradici známé porodnické rodiny. Dokon-

ce přivedl na svět budoucího anglického krále Karla II., syna královny Henrietty Marie. Právě s jeho jménem bývá spojováno objevení a používání porodnických kleští, i když vlastní datování vzniku vynálezu není přesně známo, a to díky utajení. Uvádí se zhruba období přelomu 16. a 17. století.

Kolem rodiny se objevila řada spekulací a skandálních historek, které nakonec vedly k tomu, že se v roce 1650 Peter Chamberlen rozhodl vydat na obranu sebe a své rodiny spis pod názvem „Eine Antwort auf Peter Chamberlens skandalöse und lügenhafte Schriften“. On je ale také tím z Chamberlenů, který v úvodu překladu práce francouzského porodníka Françoise Mauriceaua v roce 1672 uvádí: „Můj otec, bratři a já, a dál už v Evropě nikdo, víme, že jsme s boží pomocí a naším snažením našli prostředek, který umožňuje, aby novorozenec, jenž má hlavičku v zádu nebo v nesprávné poloze, mohl být bez nebezpečí pro matku nebo dítě porozen. Všichni ostatní porodníci postupují obvyklým způsobem a vystavují dítě velkému nebezpečí, když pracují s jedním nebo dvěma háky. Naším způsobem se porod může uskutečnit bez nebezpečí a s menší námahou.“

Tajemný nástroj na prodej

Právě vyšší míra úspěšnosti během komplikovaných porodů, při nichž rodina Chamberlenů používala porodnické kleště, vedla k jejich věhlasu, značnému majetku, ale přirozeně také k závistí odborného okolí. Na straně druhé najdeme ve starých dokumentech londýnské Lékařské společnosti řadu zmínek o tom, že tyto své dovednosti a znalosti nepředávali dalším kolegům.

Hugh, nejstarší syn Petera nejml. (1630–1720), rodinnou tradici neporušil – také pracoval jako chirurg a porodník, i jemu sloužil k práci utajovaný nástroj. Přesto ale učinil něco, co patrně ještě žádný z členů rodiny neudělal – pokusil se totiž vynález prodat. Hugh kleště nabídl francouzské vládě za 100 000 franků. V roce 1670 byl pozván francouzským porodníkem Mauriceauem, aby před prodejem vynálezu předvedl kleště na 28leté rachitické rodičce s výrazně malformovanou pávní. Hugh pochopil, že v tomto případě kleště použít nelze, a odjel s prázdnou. Znalost tajemného nástroje tak zůstávala i nadále majetkem rodiny Chamberlenů.

Úspěšnější pokus o finanční zhodnocení tohoto významného a cen-

ného vynálezu pak realizoval jiný z rodiny Chamberlenů, a to v roce 1693. Prodal tajemství Rogerovi van Roonhuyzeovi z Amsterodamu. Ten pak nástroj s velkým úspěchem využíval, za což si nechal vždy dobře zaplatit. Byl také ochoten poučit i další lékaře, ale pouze za vysoký honorář.

Tajemství rodiny Chamberlenů bylo zcela odhaleno až v roce 1818. To již rodinné sídlo dávno mělo nového majitele a v domě byla náhodně nalezena skříň se zajímavým obsahem. Kromě cenných mincí, medailonu, miniatury Petera Chamberlena a různých kuriozit zde byla objevena sbírka porodnických nástrojů. Jednalo se o soubor původních nástrojů rodiny, který obsahoval tři páky, tři tupé háky, tři klíčky a čtyři páry porodnických kleští.

Tou dobou se ovšem porodnické kleště užívaly již prakticky v celé Evropě, a to díky Jeanu Palfynovi z Flander, který zveřejnil způsob jejich použití v roce 1723. Jeho kleště sice nebyly tak dokonalým nástrojem jako kleště rodiny Chamberlenů, šlo pouze o dvě lžičky bez zámku, ty ale byly urychleně upravovány a vylepšovány, až se staly běžnou pomůckou porodníků.

MUDr. Luděk Fiala

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. František Herles, DrSc.

(9. 5. 1900 Praha – 6. 3. 1991 Praha)



Přední internista, jeden ze zakladatelů naší kardiologie. Po maturitě na známém pražském gymnáziu v Křemencově ulici v roce 1918 vystudoval pražskou lékařskou fakultu. Promoval v roce 1924 a jako žák profesora Josefa Pelnáře nastoupil na II. interní kliniku, se kterou byl spjat celý život. V roce 1927 se stal asistentem – věnoval se především kardiologii, v roce 1932 byl jmenován vedoucím kardiologické laboratoře a v roce 1934 habilitován z patologie a terapie vnitřních chorob. Po válce v roce 1948 se stal zástupcem přednosty II. interní kliniky, v roce 1956 byl jmenován řádným profesorem a přednostou této kliniky. V roce

1970 se stal vedoucím výzkumné kardiologické laboratoře při II. interní klinice, zde pak zůstal jako vědecký pracovník.

Byl průkopníkem moderní elektrokardiografie u nás, autorem prvních skript o EKG a první monografie „Základy elektrokardiografie“ (1954). Byl světově uznávaným elektrokardiologem, členem výborů mnoha zahraničních internistických a kardiologických společností, expertem WHO, dlouholetým předsedou redakční rady časopisu Cor et Vasa (1959–1973) a American Heart Journal (1971–1976).

Pod svícem bývá tma

Profesor Herles vždy hlásal zásady správné životyprávy, zvláště co se týká stravy. A nejen hlásal, ale i důsledně dodržoval. Byl zapřísáhlým bojovníkem proti nadbytku tuků v potravě. Však také jeho postava podle toho vyhlížela: Štíhlá, mohlo by se říci kachektická. Profesor Ctirad John o něm ve své „Doderné“ napsal: „V restauracích přesvědčuje číšníky. Odmítá lahodně omaštěné brambory,

ze zmrzliny přizdobené šlehačkou vybírá jen rudou třešni sedící na špičce.“ Při této své životospřáve se stal nestorem českých kardiologů a dožil se 91 let.

Jednou byl hospitalizován na své klinice. Dietu si sám naordinoval puritánskou. Moc mu chutnala a jeho stav se poměrně rychle upravil. Pomocníci, která po obědě sbírala talíře, si pochvaloval: „No vidíte, jak to jde s taktu hubenou dietou.“

„To věřím, pane profesore. Však pan asistent na patře poručil v kuchyňce, aby vám tam vždycky natloukli vejíčko a všechno vylepšovali jiskříčkou másla.“

prof. MUDr. Rudolf Knobloch, DrSc.

(11. 5. 1905 Hanšpach, nyní Lipová – 19. 4. 1976 Plzeň)

Další jméno z rodiny Knoblochů, profesor oftalmologie plzeňské lékařské fakulty. Promoval v roce 1928, ihned nastoupil jako externí lékař na pražskou oční kliniku, rychle se zde stal pomocnou vě-

deckou silou a v příštím roce již sekundářem, po dalších dvou letech asistentem. Od roku 1936 vedl jako primář oční oddělení nemocnice v Jihlavě, po dvou letech přešel na primariát do Plzně.

V roce 1944 byl uvězněn v koncentračním táboře v Postoloprtech. Po válce v roce 1945 byl pověřen vybudováním oční kliniky na nově otevřené plzeňské lékařské fakultě. Jejím přednostou byl poté celých 30 let, až do svého odchodu do důchodu v roce 1975. V roce 1946 byl habilitován, o dva roky později jmenován mimořádným profesorem a v roce 1966 profesorem řádným. Byl i proděkanem a v letech 1950–1952 vedl plzeňskou fakultní nemocnici. I po odchodu do důchodu pracoval na klinice jako samostatný vědecký pracovník. Byl velmi zručným operátorem, věnoval se hlavně operativní léčbě odchlípení sítnice.

Na poslední chvíli

Studenti medicíny Vlasta Kastnerová a Stanislav Doležal končili studium lékařství v roce 1950 v Plzni. Plánovali promoci v jeden den a hned nato svatbu. Nevěsta byla z Chodska, přípravy velkolepé, musela být spousta koláčů a všeho.

O závěrečné zkoušce z očního lékařství vyprávěla nevěsta sama.

Zkoušel profesor Rudolf Knobloch, všeobecně zvaný Rudolfek: „Já byla na řadě první, dostala jsem otázku ‚Tupá poranění oční‘. To jsem zvládla hladce. Mému nastávajícímu dal Rudolfek ošidnější otázku ‚Jak zaznamenáme nízké vidění až praktickou slepotu?‘. Na odpověď ‚jedna lomeno padesát‘ nespokojeně zavrtěl hlavou. Tak jsem se pokusila napovědět: ‚Pohyb rukou před okem.‘ Ani to nebylo přijato. Profesor si už namáčel pero, aby napsal nedostatečnou, když jeden kolega za mnou zašeptal: ‚Nemyslí on tu vodorovnou ležatou osmičku?‘ Já pochopila a rychle zašeptala: ‚Jedna lomeno nekonečno.‘ Ten můj se na mě nevrle obrátil a řekl: ‚Ty mlč, už jsi mi jednou špatně napověděla.‘ Tu jsem ve strachu, aby nebyla ohrožena společná promoce i svatba, a co ty napečené koláče, začala tiše žadonit: ‚Prosím tě, řekni to, je to určitě správně.‘ Slibuji, že když mě dnes poslechněš, celý život tě budu poslouchat já.‘ Šeptala jsem to tak hlasitě, že to snad slyšel i Rudolfek, a když můj nastávající řekl váhavě to ‚jedna lomeno nekonečno‘, odtušil s úlevou. ‚No konečně, manželku je vhodné někdy poslouchat.‘ A do protokolu napsal kýženou dostatečnou.“

MUDr. Svatopluk Káš

Z HISTORIE

Na co stonal **Charles Darwin**

Charles Darwin zemřel 19. dubna 1882 ve věku 73 let. Jeho život nebyl vyplněn jen usilovnou prací, ale také zoufalým zápasem se širokým spektrem zdravotních problémů. Skoro se nechce věřit, jak rozsáhlé dílo vytvořil člověk, který byl často celé dny upoután na lůžko.

První vážné problémy pocítil tehdy dvaadvacetiletý Charles Darwin už na sklonku roku 1831, když čekal v přístavu v Plymouthu na vyplutí k cestě kolem světa s lodí Beagle. Postihly ho silné bolesti hrudníku a palpitace. Samozřejmě, že potíže zatajil, aby nebyl z expedice vyřazen. Během čtyřleté plavby Darwina pronásledovala mořská nemoc a zdravotní potíže se mu nevyhnuly ani při výpravách na souš. V Argentině zkolaboval s horečkami. V jeho denících lze nalézt i poznámku o napadení zákeřnicí *Reduvius*, jež přenáší původce Chagasovy choroby *Trypanosoma cruzi*.

Izolace prospěla bádání

Z cesty kolem světa se Darwin vrátil v roce 1836 jako vědecká celebrita. Odborný svět si ho nejvíce cenil za objevy na poli geologie. V Darwinově mysli však už v té době začala klíčit revoluční myšlenka přírodního výběru, kterou později zformuloval ve svém nejslavnějším díle „O původu druhů“ (1859). Pracoval do úmoru a následky na sebe nenechaly dlouho čekat. Postihly ho nevolnosti, bolesti hlavy. Opět se u něj projevila palpitace. Z těchto potíží již nevyběhl až do konce života. Měl období, kdy mu nebylo zase až tak špatně a mohl pracovat. Ta se však střídala s obdobími, kdy mu bylo opravdu zle a musel odpovídat. I rozsáhlé korektury prvního vydání „O původu druhů“ prováděl z valné části v posteli, protože se ocitl na pokraji zhroutění. Obecná představa Darwina vyseřadávajícího v pracovně, studujícího v knihovnách a bádajícího ve volné přírodě příliš neodpovídá skutečnosti. Mnohem častěji Darwin seděl na lůžku a mezi záchvaty nevolnosti se snažil pracovat. Manželka Emma a děti ho ošetřovaly a pomáhaly mu. Podávaly mu knihy, přírodniny, papíry, pero. Darwinova práce, to byl především boj s projevy jeho neudůh.

Muž Darwina věhlasu byl často zván do společnosti. Pozvání byl většinou nucen s těžkým srdcem odmítnout. Sám v korespondenci přiznal, že slavnosti má rád. Zvláště jsou-li pořádné na jeho počest. Nikdy však nevěděl, kdy ho přepadne nevolnost, a tak raději zůstával doma. Ze stejných důvodů k sobě prakticky nikoho nezval. Podle ně-

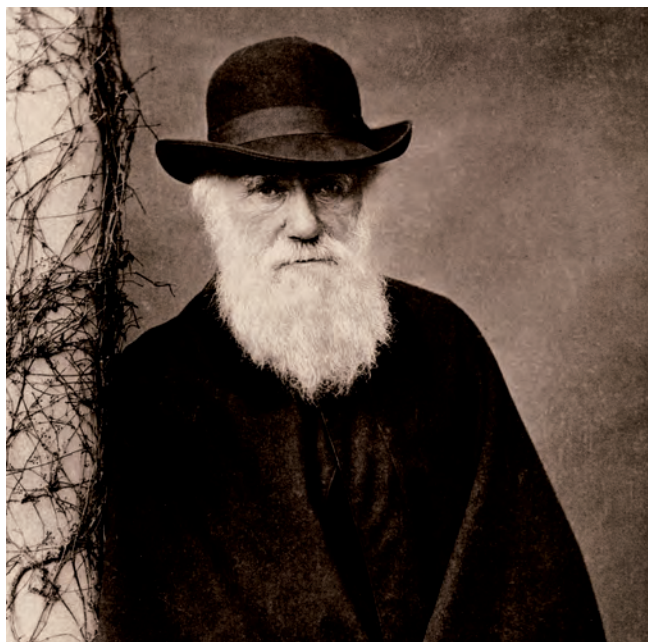


Foto: Wordpress

kterých historiků mohla právě tato společenská izolace Darwinovi v jeho vědecké práci paradoxně pomáhat. Nerozptyloval se společenským životem, a pokud mu to zdraví dovozovalo, věnoval se převážně badatelské činnosti.

Souběh a psychosomatika

Lékaři a historici se rozcházejí v určení příčin Darwinových zdravotních potíží. Zcela jistě k nim přispívala jeho velká psychická labilita. Stačilo, aby se někde rozčílil, a hned se mu výrazně přitížilo. Většinou reagoval na rozrušení silnou třesavkou a nevolností. Podle některých psychiatrů lze v Darwinově chování vysledovat příznaky panické poruchy a agorafobie. Poměrně značnou popularitu získala teorie, která vysvětlovala mnohé ze symptomů Darwina onemocnění Ménièreovou chorobou. Závratě, tinitus a nevolnosti by tomu odpovídaly. Skutečnost, že Darwin netrpěl ani v pokročilém věku oslabením sluchu však Ménièreovu chorobu prakticky vylučuje. Zdá se, že přinejmenším část Darwinových zdravotních potíží mohla vyvěrat z potravinové alergie nebo z intolerance k laktóze. Objevitel bakterie *Helicobacter pylori* australský lékař Barry Marshall vysvětluje některé z Darwinových symptomů jako důsledky žaludečního vředu. Mezi teoriemi nechybí ani názory

většinou v důsledku chronického selhání srdečního svalu provázeného často plicním edémem. Mnoho obětí Chagasovy choroby přitom ani netuší, že jsou trypanosomou nakaženi.

Ani tato velmi populární teorie však není prosta slabín. Darwin zemřel v poměrně vysokém věku, jakého se většina obětí Chagasovy choroby nedožívá. V pokročilém věku Darwinovy zdravotní problémy spíše ustupovaly, než aby se stupňovaly, jak je typické pro Chagasovu chorobu. Výskyt *Trypanosoma cruzi* v oblasti, kde Darwina štípala zákeřnice, je velmi nízký.

Definitivní odpověď na otázku, zda Darwina trápila Chagasova choroba, mohlo dát vyšetření jeho ostatků uložených ve Westminsterském opatství. Vědci hodlali provést genetické testy na přítomnost DNA pocházející z *Trypanosoma cruzi*, ale nedostali od správy opatství povolení k Darwinově exhumaci a odběru vzorků.

Pomůže analýza DNA potomků?

Zajímavou možnost ověření Darwinovy nákazy Chagasovou chorobou naznačily výzkumy brazilských vědců vedených profesorem Antoniem Teixeiraou. Pro nás není bez zajímavosti, že se na těchto významných objevech podílel i český vědec Jiří Hejnar z Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR. Teixeira již v roce 2004 publikoval překvapivou studii, podle které *Trypanosoma cruzi* vnáší do dědičné informace obětí části své mitochondriální dědičné informace,

o dědičném postižení velkého přírodovědce. Nedávno byla například publikována práce spojující Darwinův špatný zdravotní stav s abnormálními v mitochondriální dědičné informaci.

Řada lékařů je přesvědčena, že v Darwinově případě došlo k souběhu hned několika onemocnění a ty se navíc kombinovaly s těžkými psychosomatickými problémy.

Chagasova choroba v hledáčku

I když Darwin trpěl palpitací a dalšími problémy ještě před cestou kolem světa, mnozí badatelé připisují právě tyto jeho zdravotní potíže nákaze Chagasovou chorobou. Oporu mají v zápisech z Darwinova deníku, kde se badatel zmiňuje o napadení plošticí zákeřnicí.

„V noci jsem zažil útok (jinak to nemohu označit) benchuky, druhu velké černé pampové ploštice z rodu *Reduvius*. Bylo nechutné cítit ten měkký bezkřídlý hmyz dlouhý asi jeden palec, jak mi leze po těle. Před nasátím jsou ploché, ale po nasátí se zaoblí a naplní krví,“ napsal si Darwin 25. března 1835 o táboření ve východní oblasti And poblíž Mendoza.

Při Chagasově chorobě dochází k silnému podráždění autonomního nervstva, což vede k narušení funkce žaludku i srdce. Pacienti s Chagasovou chorobou trpí kromě nevolnosti i vyčerpáním a umírají

jež má podobu tzv. mikrokroužků. Teixeira navíc dokazoval, že se takto získané sekvence DNA trypanosomy přenáší na potomky obětí Chagasovy choroby. I v jejich dědičné informaci lze prokázat přítomnost úseků DNA pocházející z mikrokroužků trypanosomy.

Studie publikovaná v prestižním vědeckém časopise *Cell* měla bouřlivý osud. Mnoho vědců považovalo Teixeiraovy závěry za nepřiliš přesvědčivé, a článek byl proto v roce 2005 z časopisu stažen. Teixeira to dodnes nese jako těžkou křivdu. O to usilovněji se pustil do práce a hledání ještě přesvědčivějších důkazů. Zcela nedávno publikoval hned dvě práce na toto téma. Jedna vyšla v časopise *PLoS ONE* a přináší další důkazy o tom, že pacienti s Chagasovou chorobou mají do dědičné informace vnese sekvence z mikrokroužků DNA trypanosomy a že se DNA pocházející od cizopasnika dále dědí. Ve druhé práci zveřejněné v časopise *PLoS Neglected Tropical Diseases* studoval efekt *Trypanosoma cruzi* na kuřečím modelu. Prokázal, že i u kura dochází k přenosu DNA z parazita na hostitele. Přítomnost této DNA pak v myokardu spouští autoimunitní reakci, jejíž následky zřejmě stojí v pozadí dlouhodobé tvorby lézí na myokardu i u těch pacientů, kteří byli z infekce trypanosomou vyléčení.

O možnosti tzv. horizontálního přenosu genů z trypanosomy na člověka se tak opět velmi bouřlivě diskutuje. Pokud se Teixeiraova teorie nakonec potvrdí, mohli by se vědci při Darwinově diagnostice Chagasovy choroby obejít bez exhumace slavného přírodovědce. Stačilo by získat vzorek DNA od některého z jeho početných potomků a vyloučit přitom ty, kteří navštívili Jižní Ameriku a mohli se Chagasovou chorobou nakazit sami.

Jaroslav Petr



Foto: deadlinenews.co.uk

Když jde sportovcům o život

Zmařené životy, trvalé následky těžkých zranění, bolest obětí a jejich blízkých představují nejvyšší položky na účtech za průmyslové havárie a podobná neštěstí, které lidstvo platí za nedostatek pokory při snaze posunout hranice poznání a svých představ o takzvaném pokroku.

1. Komplikacím souvisejícím s onemocněním AIDS podlehl 2. února 1989 v nemocnici v německém Mannheimu ve věku 38 let nejúspěšnější československý krasobruslař všech dob Ondřej Nepela. Trojnásobný mistr světa, pětinašobný mistr Evropy a olympijský vítěz z her v Sapporu v roce 1972 se virem HIV nakazil patrně během třináctiletého působení v lední revui „Holiday on Ice“, kam odešel po skončení amatérské kariéry v roce 1973. Poté pracoval v Německu jako trenér a z jeho „lůžné“ vzešla také krasobruslařka, jejíž triumf na mistrovství Evropy v Birminghamu v roce 1989 se však už nedožil:

- a) Katarina Wittová
- b) Claudia Leistnerová
- c) Anett Pöttschová

2. Plíce propíchnuté polámanými žebry, zlomený hrudní obratel a poškození míchy v oblasti beder si z pádu z dvouletého koně během tréninku v domovských stájích trenéra Christiana von der Recke ve Weilerswistu u Kolína nad Rýnem odnesl známý německý žokej Peter Gehm. Nehoda, zaviněná patrně vlastní nepozorností žokeje, se odehrála v roce 2004 a Gehm po ní zůstal odkázaný na invalidní vozík... Kolikrát se



ilustrační foto: threespeech.com

předtím stal vítězem Velké pardubické steeplechase?

- a) 3x
- b) 4x
- c) 5x

3. Srdeční zástava z naprostého vyčerpání a dehydratace spojených s užitím alkoholu a amfetaminů poslala 13. července 1964 během 13. etapy slavného závodu Tour de France do cyklistického nebe britského šampiona Toma Simpsona. Stalo se to tři kilometry před cílem na vrcholu 1912 metrů vysoké hory Mont Ventoux, kam podnikl prvovýstup italský renesanční básník a turista Francesco Petrarca. Ve kterém pohorí se Mont Ventoux vypíná?

- a) Centrální masiv (Fr. středohoří)
- b) Pyreneje
- c) Provensálské Alpy

4. Jen pilotů zemřelo v souvislosti se závody Formule 1 pětadvacet – 24 při závodních víkendech v rámci mistrovství světa, 8 při závodě 500 mil v Indianapolis, 9 při testování a 4 při závodech, jež nebyly součástí mistrovství světa. Který okruh v seriálu Velkých cen F1 dominuje s 5 tragickými nehodami, k nimž došlo v letech 1954–1969, pořadí nejnebezpečnějších tratí (jakkoli je zvolené měřítko relativní, neboť okruh byl po hroživé nehodě z roku 1976 zcela přebudován)?

- a) Nürburgring v SRN
- b) Autodromo Enzo e Dino Ferrari v Imole (Itálie)
- c) Silverstone v Anglii

5. Silně poškozené plíce a těžké popáleniny na hlavě a dalších částech těla si z havárie při závodě F1

odnesl pilot, jemuž jako „památku“ na den, kdy se doslova znovu narodil, zůstanou do konce života hluboké jizvy na tváři. Jako úřadující mistr světa tenkrát nezvládl své ferrari a jeho neovladatelný vůz byl mrštěn proti plotu a následně zpět na dráhu, kde po explozi palivové nádrže začal hořet. To už jezdec neměl helmu a přežil jen díky pohotovému zákroku dalších pilotů Merzaria, Ertla, Edwardse a Lungera, kteří se vrhli do plamenů. O 42 dnů později navzdory bolestem opět usedl do kokpitu a do konce sezóny bojoval o titul, jenž mu nakonec unikl o pouhý bod. V příští sezóně ho však znovu získal a za dalších 7 let ještě jednou. Jméno hrdiny či chronického hazardéra zní:

- a) Emerson Fittipaldi
- b) Felipe Massa
- c) Niki Lauda

6. Jediným pilotem F1 s titulem mistra světa uděleným *in memoriam* byl jezdec týmu Lotus, kterému v roce 1970 na okruhu v Monze vystavila jízdenku na onen svět havárie při kvalifikaci na Grand Prix Itálie. Byl to:

- a) Jochen Rindt
- b) Jackie Stewart
- c) Jacky Ickx

7. V seznamu smrtelných nehod lyžařů-sjezdařů figuruje karambol sympatické rakouské závodnice, dvojnásobné mistryně světa v superobřím slalomu, která při sjezdu v německém Garmisch-Partenkirchenu v roce 1994 ztratila blízko cíle kontrolu nad lyžemi, vletěla do časomíry nevhodně

umístěné na okraji trati a při nárazu hlavou do jejího krytu si zlomila vaz. Ve Světovém poháru debutovala v prosinci 1984; když 29. ledna 1994 zemřela, bylo jí 26 let a byla už maminkou dcery. Jak se tato rakouská sjezdařka jmenovala?

- a) Michaela Dorfmeisterová
- b) Isolde Kostnerová
- c) Ulrike Maierová

8. První člověk, který stanul na všech 14 osmitisícových vrcholech naší planety, Reinhold Messner, spokojeně žije v horolezeckém důchodu. Polák Jerzy Kukuczka alias Jurek, jemuž se totéž podařilo po Messnerovi, navíc rychleji (za pouhých 8 let), je už 21 let mrtvý. Všechny výstupy s výjimkou toho na Mount Everest uskutečnil bez umělého kyslíku, většinu z nich v zimě nebo novými cestami, a je proto mnohými považován za nejlepšího horolezce 20. století, zvláště s přihlédnutím k mnohem horšímu vybavení, než měli lezci ze západních zemí. Často si jej vyráběl sám nebo kupoval z „druhé ruky“, což se mu nejspíš stalo osudným. Při posledním výstupu 24. října 1989 totiž nevydrželo lano, které předtím zakoupil v Káthmándú, a on se ve výšce 8200 metrů zřítil do hloubky asi 2 kilometrů. Bylo mu 41 let a cílem jeho výpravy byl vrchol:

- a) Lhotse
- b) K2
- c) Makalu

Ivana Staňková

1b, 2b, 3c, 4a, 5c, 6a, 7c, 8a
Správné odpovědi:

Inzerce A111007430

EDU COMM

vzdělávací portál pro lékárníky, farmaceutické asistenty a zdravotní sestry

akreditované videosemináře

www.educomm.cz

NOVINKA

Nic pro slabší povahy

Motto: Jsou opravdu tak mocní, nebo jenom nemocní? (Pavel Kosorin)

Lídři si na noční schůzce těsně před zhroucením koalice nakonec pláclí, donuceni k tomu knížetem Schwarzenbergem, který toho už měl plné zuby a bouchnul do stolu. Poprvé a se vši rázností použil tento ctihodný aristokrat celé váhy své neformální autority, již hodil na jednu misku. Žabaři a břídilové sedící v druhé misce vah vylétli až do stropu. Zvážení a shledání lehkými. A vskutku. Dostáli očekávání a v rozmezí několika dnů všechny dohody zpochybnili. Podle Sherlocka Barty diskuse pokračuje a teprve se uvidí. Nečasovi, jehož v poslední vteřině vytáhli za podolek zpátky přes okraj Macochy, rychle otrnulo. Místo aby byl rád, že je rád, začal vykládat nesmysly o dalších výměnách ministrů na pokračování. Jako blbý turecký seriál. K radikálně ho zjevně tlačí spolustraníci a média. Podle nich se toho změnilo příliš málo. Prý to není žádné řešení. Když destrukce, tak úplná. Tady volejme k rozvaze a odpovědnosti. K příliš velké změně ve velmi krátkém čase nedávno došlo kupříkladu ve firmě Explosia Semtín. Není o co stát. Oni však sedí ve vratké loďce bez vesel uprostřed rozbouřených vod a pořád jí v sebevražedném furiantství rozhoupávají, ač břeh není v dohle-

du, nikdo neumí plavat a nemá záchranou vestu. Jsou jako posedlí. Dej zdánlivě inteligentnímu člověku moc a přes noc má ikvé tykve. Navrch bez kouska cti v těle. Málokdo z nich je schopen respektovat dohody aspoň 48 hodin.

Tušení černé ruky

Nečas především znovu zpochybnil pozici ministra zdravotnictví. Nejnadějnějšího, jaký se zatím našel. Měkne mu mozek? Premiérovou základní povinností je stát za svými ministry. Loajalita proudí oběma směry a vláda má být jeden celek. Pokud by snad nemohla nebo nechtěla, pak ať radši pustí do Strakovky Sobotku s Haškem. Aspoň bude sranda. Tahle politická hruška je další smrtelnou ranou zdravotnické reformě. Nikdo neuvěří v její budoucnost, pokud se opakovaně naznačuje, že ji nemá sám její nositel. Nikdo se teď nepřetrhne. Další práce ani participace nemá smysl. Všichni zadrželi svůj krok, až jak to dopadne. I řádový úředník ministerstva zdravotnictví zavře svůj Word, uvaří si kávu a pustí si jiný program (nejpříhodněji asi Solitaire). Co



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

by chystal, když neví, zda nedělá práci do šuplíku. Zbytečná námaha. Každý kvalt toliko pro hovado dobrý jest. Kdo vsadí na mrtvého koně?

Při tomto tempu by frekvence výměny ministrů zdravotnictví brzy přesáhla kaleidoskop

změn obsahu autolékárniček. A to už je co říci. Nejsem si jist, ale čichám, čichám člověčinu. Přesněji - tuším za tím černou ruku z pražské ODS, této strany ve straně, vši ostudy futrál. Jména jsou notoricky známa. Odhaduji, že našeptávači pilně našeptávají. Fyzik plazmatu o tom ví samozřejmě prd, tak poslouchá. Ne svého ministra, protože ten je z jiné partaje. Což je u nás úplně jiné zvíře, které má odlišný genetický kód a nekompatibilní formát. I kdyby byl desetkrát chytřejší a schopnější než pánové Š + Š dohromady, je z jiného kmene klanického se jinému totemu, tudíž z principu diskvalifikovaný.

Kubiceho válka

Vládní krize tak není u konce. Ani zdaleka. Šlo jenom o jedno z mnoha dějství s krátkou přestávkou na kávu a vyčurání. Pak honem zpát-

ky do hlediště. Z celé patálie vyplynula snad jen jedna pozitivní věc: Pan Jan Kubice, plukovník policie v. v., se stal ministrem vnitra. Muž, který si prošel peklem za statečnost, s níž bránil svůj útvar, opakovaně nebezpečně napadený politickou mafii. Plukovník Kubice, věřící evangelík, důstojník v pravém smyslu toho slova, šel na zteč jako první a pod palbou nesl svou kůži na trh, aby ochránil své muže jako velitel dobře chápaní obousměrnost loajalita. Nemohl jinak než riskovat a obětovat se. Připomněl mi Bruce Willise ve filmu „Hartova válka“.

Jsem hluboce přesvědčen, že nešlo o žádnou politickou manipulaci. Zamítám všechny paranoidní interpretace. Političtí manipulátoři a mediální kombinátoři jsou už tak cyničtí, že ztratili schopnost rozpoznat nekomplikovanou pravdu a skutečnou mravní bezúhonnost, když se s ní setkají. Tzv. Kubiceho zpráva byla záležitostí svědomí a oprávněným krokem. Vlastně jediným možným. Obrátit se v krajní situaci o pomoc se svinstvem, které nelze řešit cestou exekutivy, rovnou na parlament, tedy přímé zástupce svrchovaného lidu, je znakem hluboce demokratického smýšlení. A bystrostných demokratů máme pořád zoufale málo. Je to tento čin, který ho činí opravdu nezávislým a plně ho kvalifikuje k tomu, aby zdůvěryhodnil tuto zpuchřelou vládu. A to právě na tom ministerstvu, jehož hanba hvězd se dotýká a kde věci zašly vskutku nevidaně daleko i na poměry v Pobřeží slonoviny. Držím palce, pane plukovníku.

Dědičný hřích mdlého rozumu

Zdánlivě na okraj tématu: Existuje taková starobylá židovská historika, vyprávěná na základě mnohem dávnějších tradic. Šla od úst k ústům aspoň 3 tisíce let, než ji někdo zapsal. Příběh je vágně lokalizován snad do staré Mezopotámie. Navazuje na sumerský epos o Gilgamešovi, čili v souhlase s hebrejským letopočtem kamsi do 4. tisíciletí před náš letopočet, krátce po údajném stvoření všehomíra. Tenkrát se starozákonní Hospodin ještě běžně procházel po zemi, a tak tumáš čerte kropáč, jednoho krásného dne na špacíru v rajské zahradě Eden načapal jistého Adama, jak se před ním schovává do křoví. Adam tím prokázal dosti mdlou inteligenci. Jen považ-

te: Taková blbost, zalézat do roští před vševědoucím a vševidoucím... Byv tázán na důvod tak neobvyklého počínání, odpověděl, že se stydí, protože je nahý. Bůh tak hned poznal, že Adam musel pojišť ze zakázaného stromu poznání dobrého a zlého (*ec ha-da'at tov va-ra'*). Ten byl určen pouze bohům, kdežto člověk měl původně žít jenom jako zajímavý laboratorní pokus ve zlaté kleci a blažené nevinnosti, neznalý toho, co se sluší a co nikolí. Nevinnost však vzala náhle za své (byla za tím samozřejmě ženská - *cherchez la femme*) a oba první lidé byli vyhnáni z ráje, aby se smekali a převzali za sebe plnou odpovědnost, když už vědí, zač je toho loket.

Mnohým však rozlišení dobrého od zlého pořád ještě dělá značné obtíže. Že by po Adamovi zdědili jeho slabší IQ? Mimochodem, vztah Adama s Evou nezástul bez následků i jiného druhu. Měli totiž spolu dva chlapečky: Kaina a Abela (neplést se stranofirmou ABL). A osud obou bratrů jako by předznamenal směřování příštích osudů lidstva. Koho by zajímaly další details, odkazují na bezkonkurenční bestseller všech dob.

(Literatura: Kolektiv neznámých autorů: Bible, kniha Genesis, kapitola 2 a 3)

Království za dobrou adresu

Komu ta malá zprávička unikla, připomenu ještě jedno *signum mali ominis* na tmavnoucím obzoru. Renomovaná firma Linet, jeden z nejúspěšnějších českých podniků vskutku globálních rozměrů, odchází do Nizozemska. Oficiální zdůvodnění? Nedůvěra v tuto vládu a stát. Neprůhledné poměry a nestabilní daňové i podnikatelské prostředí. Cti dbalá firma si nemůže takové zázemí dovolit. Zhoršil by se jí rating a banky by jí půjčovaly jen na vyšší úrok. Nemluvě o pokažené pověsti u partnerů a zákazníků. Strašlivé vysvědčení českému vládnutí. Ohnivá ruka píše na zeď své *mene tekel*. S tím se může roztrhnout pytel. Jeden začne a najednou je z toho lava. Hlasování nohama. Která další firma vysloví vládě nedůvěru? Vystudovaný fyzik by měl vědět, co je to řetězová reakce. Měl by kvůli tomu trpět těžkou nespavostí a tikem v oku.

Kdysi tu bývala strana, o níž se měl opřít mladý kapitalismus, překlenující velkou diskontinuitu. Ona měla být jeho mluvčím a základnou. Nové progresivní firmy, noví podnikatelé, nové obzory. Podpora podnikatelskému prostředí. Poctivému, kreativnímu a produktivnímu. „*Où sont les neiges d'antan?*“



Petru Nečasovi, jehož v poslední vteřině vytáhli za podolek zpátky přes okraj Macochy, rychle otrnulo. Místo aby byl rád, že je rád, začal vykládat nesmysly o dalších výměnách ministrů na pokračování. | Foto: Profimedia

NEJSEM SI JIST

ptá se François Villon. Kdeže ty loňské sněhy jsou? Kam zmizely ty ambice? Komu se daří navzdory tomuto státu, kouká, kde te sař nechal díru, aby mu prosperita vydržela. ODS zdegenerovala a z aligátora se stal slepý a bezzubý macarát jeskynní. Žádnou diskontinuitu nepřeklenula. Most se prolomil hned na začátku a následoval pád do žumpy kontinuity. Spolu s ČSSD se napojila na úplně jiné firmy. Na jedné straně podezřelý polostátní giganty, na straně druhé podezřelý úřadovny s neznámým majitelem a se sídlem v opuštěném stavení bez zvonku. Nebo na Kypru. Na vulgární kmotry, překupníky a šibry, z nichž část by v normálním státě lepila pytlíky.

Nic tak necharakterizuje ten úpadek jako pohled na vysmáté samolibé tupce obklopené auty s čísly typu oAo oooo na nedávné oslavě (snad lépe tryzně?) u příležitosti 20. výročí vzniku ODS. Zombie vstávají z hrobu. Důležité kšichty a stupidní řeči. Samé nuly. Za desetinnou čárkou. Sobotka se jim směje, ale raději se neohlíží. Za ním jde v průvodu dtto v bledě-modrém. Pardon, v oranžovém.

Příliš široký most přes rozbourané vody

Pomalu je čas bilancovat výsledky akce exodus-exitus. Většina nemocnic zaplatila, mnohé z nich na dluh. Nyní čekají na peníze od pojišťoven, samozřejmě také na dluh. Některé dokonce vyhrožují žalobami, jen není jasné proti komu a z jakého právního titulu. Rozčilení není program ani argument. Nezávazné politické memorandum je nežalovatelné.

Uvolněný odborář Engel pravil, že lékaři podepsali dohodu nikoli se současnou vládou, ale s Českou republikou. To se mi zdá podivné. Jednak nešlo o dohodu, ale memorandum, jednak je LOK – byť mi někdy připadá jako z jiné planety – pořád ještě součástí tohoto státu. Nevím nic o tom, že by byl uznaným subjektem mezinárodního práva a mohl tak uzavírat dohody s Českou republikou. Na onom lejturu v každém případě chybí podpis ministra zahraničí a prezidenta republiky.

Některé nemocnice a některé pojišťovny (OZP, Metal-Alliance) nedají vůbec nic. Hodlají se řídit reálně poskytnutou péčí, nikoli počty zaměstnanců. O těch na-

víc není jasno. Všude se operuje 18 tisíci nemocničních lékařů, ale kdo si dal tu námahu a proklíkal se do ÚZIS, uviděl číslo těsně pod 12 tisíc. Dále trvají na tom, že memorandum mezi ministrem a odboráři se jich nikterak netýká, a mají samozřejmě pravdu. Na to jsme tu upozorňovali vícekrát a ministr to nyní znovu zdůrazňuje. Svým nemocnicím to přikázal, na polostátní VZP může mít jistý vliv, ale u všech ostatních subjektů jde o jejich dobrou vůli a individuální dohody. Ty se na ministerstvu vyjednat nedají. To lze učinit jen v místě samém. Nutno se postavit na vlastní nohy a ne se vším chodit na stát.

Uzavřené memorandum tu může sloužit nejvýše jako rámec, vzor a inspirace. Odboráři štekali pod nesprávným stromem a domohli se proto jen částečných výsledků. S obdobnou mírou pošestlosti se také mohli dohodnout s ministerstvem dopravy o tom, že jim pražští taxikáři zlevní jízdné. Přitom snaha ministra Hegera postavit most přes rozbourané vody (Simon & Garfunkel) možná zašla až příliš daleko. Právníci nyní zpochybňují soulad novely úhradové vy-

hlášky se zákonem č. 48/1997 Sb., a dokonce i s ústavním pořádkem. Ještě se tuříž můžeme nadít vrace-ní již vyplacených peněz.

Splašený kočár vleče uštvané kobyly

Jazykový koutek: Jeden ze zřeců české medicíny nedávno napsal: Pojišťovny by předem měly tvůrcům standardů deklarovat, kolik na léčení té které diagnózy mají. Takové zmatení pojmů mi přijde jako odraz nekázně v uvažování.

Ohlédněme od podstaty věci, tedy co by pojišťovny měly či neměly, a podívejme se, co prozrazuje jazyk, jehož základní funkcí je jak známo působit nedorozumění mezi lidmi: V životě jsem neléčil diagnózu. Diagnóza je rozpoznání, pojmenování, taxonomie nemoci. Existuje jen v abstraktní rovině (podle Hamleta pouhé slovo) a jako taková není z principu léčitelná. Diagnóza a nemoc jsou tedy dvě různé věci. Že bychom se vraceli do středověku, abychom konečně rozsekli spor mezi nominalisty a realisty? Ale ani nemoc samu jsem ještě nikdy neléčil. (Seštri, ten žlučník ze šestky na sál!) Vždycky jsem léčil výhradně pa-

na Vopičku, nositele oné nemoci. Čili všechno je jinak, ne-li naopak.

Nakonec nevynecháme ani naši prestižní cenu Smrt mozku: Celou vládní krizi vyvolali novináři spolčení s nejménou subjektivním cílem rozbití politiky a destrukce celou naši společnost. Klasická záměna nositele špatných zpráv za viníka události. Na základě takto prvoplánového myšlení byli v zaostalých dobách tito poslové na příkaz hradního pána v prvním návalu zlosti pravidelně utráceni. Pryč s kauzalitou! Vůz zběsile uhání a vleče za sebou uštvané kobyly.

Kdo asi může být pachatelem tak absurdního hodnocení? Hádejte, úplně stačí jednou. Mohli bychom tu dlouze hovořit o stihomamu i o tragickém nepochopení principů demokracie a rozdělení rolí v ní. Leč neučiníme tak. Věc nestojí za vážný komentář, jde nám tu čistě jen o dokumentaci rapidně se zhoršujícího stavu toho pána. Bože, ještě skoro dva roky! Nekonečná doba. Je to jak dusivá černá můra za bezesných nocí, kdy k šílenství chybí už jen krůček a osvobozující úsvit v nedohlednu.

Inzerce A111008745

konference

nejen
PRO PEDIATRY
A DĚTSKÉ SESTRY

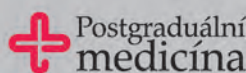
16. 6. 2011, Top Hotel Praha



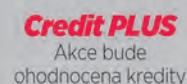
Přijďte se
seznámit
s novými
poznatky
v oboru.



Na konferenci se přihlašujte na www.medical-services.cz



mediální partneři



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 434, e-mail: konferenceMS@mf.cz



Ve dvou se to táhne lépe

Vladimíra Bohatová
Foto: Leoš Chodura

Anna a Jiří se seznámili na chmelové brigádě po maturitě před nástupem na lékařskou fakultu. Ona z malého slovenského města Rajec, on Jihočech od Písku. Vztah jim vydržel více než třicet let. Anna Jungwirthová je dnes uznávanou gastroenteroložkou, její manžel chirurgem. Ve vilové čtvrti v Praze 3 si před jedenácti lety koupili zdevastovanou bývalou továrničku na výrobu kabelek a dnes tu stojí moderně vybavené Sanatorium svatě Anny.

Jiří: Já bych to trochu poopravil, my jsme sice byli na brigádě, ale já většinou vyseďával s kamarády u piva a Anna mě odtamtud vždycky vytáhla na vycházku nebo někam za kulturu.

V té době už jste měli jasno, že se budete zabývat medicínou?

Anna: Já byla takové atypické dítě. Doktorkou jsem chtěla být už v pěti letech. Vedly mě k tomu události v rodině. Můj otec zemřel v 41 letech a bratr v 17, to mi bylo pět a půl roku a já naivně dětsky přemýšlela, jak bych je do života vrátila. Na střední škole bylo rozhodnutí jasné. Bez protekce, s velkou pilí a snahou o výborné studijní výsledky na střední škole, bez lékařské rodinné tradice za zády, jsem se dostala na Lékařskou fakultu hygienickou UK.

S šťastinou jsem problémy neměla, protože maminka se narodila v Praze a prožila zde své dětství. V průběhu studia na lékařské fakultě jsem pracovala jako pomocná vědecká síla na katedře fyziologie, spolupracovala na klinických zkouškách využití magnetoterapie v léčbě bolestivých stavů a na publikaci o principech a využití této metody, jež je dnes běžně užívaná při léčbě bolesti. Po promoci jsem nastoupila jako asistentka na katedře histologie, poté do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady na 2. interní kliniku.

Jiří: Moji cestu k medicíně formovali rodiče. Oba léta pracovali na Praze 3 v poliklinice na Prokopově náměstí. Otec jako ORL specialista, matka jako obvodní lékařka. Medicínu jsem vystudoval také na Lékařské fakultě hygienické UK

ve Vinohradské nemocnici. Po celou dobu studia jsem pracoval ve funkci zdravotní sestry nebo chtě-li bratra (smích) v Nemocnici Na Františku, nejprve na chirurgickém lůžkovém oddělení a pak dva roky na chirurgické ambulanci. O prázdninách jsem si přivydělával na pražské zdravotnické záchranné službě.

Přednášela jste i na katedře histologie. Nelákala vás vědecká kariéra?

Anna: Uvažovala jsem o ní, bavilo by mě to, ale klinická medicína nakonec zvítězila. Potřebuji osobní kontakt s pacienty. Z mého pohledu je velkou výhodou, že manžel je chirurg. Řadu pacientů, kterým jsme na našem pracovišti stanovili diagnózu, má možnost odoperovat. Těší mě, že mám

informace takřikajíc z první ruky. Mám pocit těsného kontaktu s pacientem v nejtěžším období choroby. Při pravidelných kontrolách mi nepřichází anonymní člověk, ale pacient, se kterým mě pojí cosi, co se těžko pojmenovává. Věřím, že to má vliv i na můj přístup k těmto lidem.

V pokročilých fázích choroby je těžké říci pacientovi, že mu zbývá někdy i jen pár měsíců života. Jak se s tím vyrovnáváte?

Anna: Já zastávám názor, že se lidem má říkat pravda. Otázkou je jak a kdy. Každý pacient je individuální. Je těžké odhadnout, jak bude na fatální diagnózu reagovat. Snažím se postupovat citlivě, a pokud je prognóza opravdu fatální, mám dobrou zkušenost se zapojením rodiny do léčebného pro-

cesu. Z jedné strany jsem povinná sdělit pacientovi diagnózu úplně a na jeho požádání mu pravdivě popsat prognózu. Z druhé strany je těžké odhadnout, jak zareaguje, jak se to odrazí v kvalitě jeho dalšího života.

O této problematice bylo napsáno hodně. Je dobré se řídit citem, chovat se šetrně a využít momentu, že eventuální možný konec je v čase ještě daleko. Nejsme v zemi, kde se fatální diagnóza dá sdělit v první chvíli (pokud o to pacient vysloveně nežádá) takzvaně natvrdo. I se statistickou prognózou možné délky přežití. Vzpomínám si ale na pacienta, u kterého jsme zjistili metastázy v takovém rozsahu, že ho nešlo zachránit. Když jsem mu to opatrně sdělila, poděkoval mi. Byl to právník a řekl, že si alespoň v tom zbývajícím čase dobré fyzické kondice vyřídí pozůstalost a zařídí vše potřebné pro rodinu.

Mnozí lékaři zastávají názor, že s odchodem z nemocnice se všechny problémy mají hodit za hlavu a nezatahovat je domů. Co vy na to?

Anna: U manžela to neplatí. Když má nějaký závažný případ, volá i v noci sestřičce, jak se pacientovi daří, a pokud se jeho stav po operaci zhorší, sedne do auta a vyrazí do sanatoria, i když nemá službu.

Jiří: V našem oboru nelze chápat péči o pacienta jako práci. Přemýšlíme o našich pacientech i doma, na dovolené, při studiu. Neznám lékaře, který by dokázal stoprocentně oddělit soukromý život od své profese.

Netrpíte někdy ponorkovou nemocí? Doma spolu, v práci taky, to si musíte občas lézt na nervy, nebo ne?

Jiří: A víte, že vůbec? V sanatoriu se téměř nevidíme, každý máme svou ordinaci, doma se sejdeme občas v noci a většinou padneme do postele. Že bych měl teplou večerí, o tom si můžu nechat leda zdát. No, aspoň jsem zhubnul, to také není na škodu. (smích)

Oba dva jste měli možnost vybudovat si kariéru ve fakultní nemocnici, přesto jste se pustili na nejistou půdu soukromého podnikání. Proč?

Anna: Chtěli jsme vytvořit pacientům příjemnější, řekla bych rodinné prostředí. Ve velkých nemocnicích nelze zajistit osobní přístup, ošetřující personál se musí střídat. V privátní ambulanci sféře se pacient vrací ke svému lékaři a velice často dojde k vytvoření užšího vztahu, než je možné ve velkém zařízení.

PŘEDSTAVUJEME

Jiří: V podstatě to byla výzva. Říkáme to i v mottu sanatoria: Nadstandard pro všechny. To není luxus pro horních deset tisíc, to je realita naší představy o vztahu pacient – lékař.

Jaké byly vaše první kroky?

Jiří: Nejprve jsme byli v pronájmu Polikliniky v Praze 3 Na Jarově, kde jsme měli dvě místnosti, ale pro služby, které jsme chtěli poskytovat, nestačily. Pak jsme pro naše potřeby zadaptovali prostory bývalé lékařské pohotovosti na Vápence. Dále jsme však hledali objekt s potenciálem vybudování lůžkového zařízení za rozumnou cenu. Koupili jsme tedy zdevastovaný objekt bývalé továrničky na kabelky.

Anna: Tady na fotografiích si můžete udělat představu. Chodili jsme tam v holínkách, všude byly skvrny po barvách a charakteristický zápach anilinu. Barák na spadnutí jsme museli kompletně zrekonstruovat. Uvěř pro zdravotnické účely se v té době sháněl velice obtížně. Dodnes vděčně a s úctou vzpomínáme na pana inženýra Mráčka, tehdejšího ředitele pražské pobočky Českomoravské záruční a rozvojové banky, a jeho náměstkyni paní inženýrku Šindelářovou. Když jsme podepisovali úvěr, třáslý se nám ruce. Za úvěr jsme ručili rodinným domem a měli jsme dvě malé děti. Na první gastrooskop jsme dostali sponzorský dar 50 000 Kč a dodnes jsme za to našemu kamarádovi Liborovi Klugovi nesmírně vděční.

Jiří: Dneska to zní legračně, ale při každé splátce jsme si říkali „tak už máme desetinu endoskopu, teď polovinu“, a když jsme zaplatili poslední splátku, vzal jsem všechny ty papíry, zapálil je v popelníku a zajasali jsme: „Endoskop je náš!“ Děti si dodnes tuto scénu pamatují. Velkým svátkem bylo i připojení endoskopu na videořetězec, možnost pozorovat obraz na malé obrazovce a ne na okuláru endoskopu. Tehdy jsem si uvědomil, s jakou samozřejmostí jsem přistupoval k novým přístrojům na klinice.

Jak jsme si stáčili prohlédnout vaše sanatorium, dlouho jste s jedním endoskopem nemohli vystačit. Jak to celé pokračovalo?

Jiří: Ztěžka, banky nebyly nijak vstřícné, aby schvalovaly úvěry do zdravotnických zařízení. Jeden úvěr jsme splatili a druhý si vzali. Pomáhala rodina, zejména moji bratrance, kteří nás jistili, když na účtu nic nebylo a datum výplaty zaměstnancům zaklepal na dveře...

Jste velice aktivní a do privátu jste šli s určitými konkrétními představami. Co bylo prioritní?

Jiří: Mým cílem bylo vytvořit zde takzvanou jednodenní chirurgii (*one days surgery*). S myšlenkami jednodenní chirurgie jsem se seznámil z literatury a měl i možnost poznat, jak funguje ve světě. Moderní technologie, precizní operování, miniinvasivita, výrazná redukce ranných infekcí. Rychlý návrat pacienta do domácího prostředí. Těsný kontakt lékaře s pacientem. Pro mladého chirurga nebylo těžké se pro jednodenní chirurgii nadchnout.

Vzpomínáte si na svou první operaci?

Jiří: Ano, byla to apendektomie v pelhřimovské nemocnici, hned první den, kdy jsem tam nastoupil. Nesmírně si toho dodnes vážím, neboť předtím jsem byl tři měsíce v jedné pražské nemocnici, kde jsem si ani neřízl.

Co vám dala studia na fakultě, měli jste za vzor některého pedagoga?

Anna a Jiří: Studium na tehdejší Lékařské fakultě hygienické UK (dnešní 3. lékařská fakulta UK) nám oběma dalo výborný odborný základ. I v tehdejších totalitních dobách tam působila řada skvělých pedagogů. Bylo by nespravedlivé jmenovat jednoho nebo dva. I jako studenti jsme vnímali, kdo je na které straně ideologické barikády. Nezapomenutelní v tomto směru a na naší „reakční straně“ byli docent Janout, vedoucí katedry histologie, nebo tehdejší asistent na psychiatrii, nynější pan profesor Höschl a další.

Myslíte, že dnešní studenti se mají lépe než vy?

Dnešní student medicíny není svázán ideologií. Výborná úroveň výuky a fakt, že medicína je řehole, zůstaly. Jazyková vybavenost, volná cesta do světa a možnosti přístupu ke světové literatuře jsou však atributy s našimi studentskými časy neporovnatelné. Pokud se týče postgraduálního studia, nemají to lehké asi nikde na světě. Faktem je, že po ukončení specializace lékař v rozvinutých zemích na západ od nás přestává mít materiální starosti se zabezpečením rodiny. U nás je to jiné. To bylo dříve a dnes je tomu podobně. Přitom si myslím, že z profesního hlediska je to pravděpodobně nejobtížnější období.

Co vás na vaší práci nejvíce baví?

Dneska to zní legračně, ale při každé splátce jsme si říkali: „Tak už máme desetinu endoskopu, teď polovinu...“

Jiří: Nenazval bych to zábavou, ale pocitu chirurga, který se loučí s uzdraveným pacientem, jsem se ještě nenabažil.

A co vám naopak dělá starosti?

Jiří: Abych nesáhl vedle.
Anna: Platby, faktury, personál, smlouvy, vyúčtování pojišťovně, denní ambulance do večera... takže mi dělá starosti, abych se z toho všeho jednou nezláznila.

V čem se liší vaše práce v soukromém sektoru od veřejného? Laičci se většinou domnívají, že odchod do soukromého sektoru je dán touhou vydělat více peněz. Je tomu skutečně tak?

Oba dva: Snažíme se pracovat stejně dobře a pilně, jak jsme byli zvyklí na klinikách.

Jiří: V penězích rozdíl nevidím. Pokud děláte v soukromém sektoru, hned pochopíte rozměr kouzelného slůvka náklady. Pokud pořizujete nové přístroje a další technologie, nemáte peníze ani čas na požitky, jako jsou dovolené, sport, společenský život. Trpí rodina. Ale neskuhrám. Každý má možnost si vybrat. Nikdo mě nenutil dělat medicínu ani zůstat v Česku.

Když máte volný večer či víkend, jakým koníčkům se věnujete?

Jiří: Volný večer máme sporadicky. Volný víkend si nepamatujeme. A sama medicína je můj, na kterém cváláme celý život. Mým

zájmem i koníčkem je práce chirurga. Občas říkám: Lidé si kupují auta, motorky, chaty a já si kupuji přístroje pro svou práci.

**MUDr. Anna Jungwirthová**

V roce 1986 promovala na Lékařské fakultě hygienické UK v Praze, v roce 1994 složila atestaci I. stupně z interního lékařství, o tři roky později nástavbovou atestaci z gastroenterologie. Po ukončení studia pracovala jako odborná asistentka na katedře histologie, do roku 1995 byla sekundární lékařkou na 2. interní klinice 3. LF UK a FN Královské Vinohrady. V současné době je primářkou privátní kliniky EGK, s. r. o. – Sanatorium sv. Anny v Praze 3. Zabývá se i novými metodami léčení obezity. Pořádá semináře pro praktické lékaře a spolupracuje s Českým rozhlasem na pořadu „Manažerem vlastního zdraví“.

MUDr. Jiří Jungwirth

Vystudoval Lékařskou fakultu hygienickou UK, po promoci pracoval na chirurgickém oddělení nemocnice v Pelhřimově. V roce 1990 se vrátil do Prahy jako sekundární lékař do FN Královské Vinohrady, kde pracoval deset let. V současné době je primářem chirurgické části Sanatoria – kliniky jednodenní chirurgie. Specializuje se na moderní miniinvasivní laparoskopické operace žlučníků, kýly, žaludečního refluxu, apendektomie, radiofrekvenční a laserové operace křečových žil. Dlouhodobě se věnuje chorobě tlustého střeva. Je autorem desítek odborných přednášek v oboru chirurgie a spoluautorem první souhrnné knižní publikace na světě o vyšetření žaludku ultratenkým transnazálním endoskopickým přístrojem, která vyšla v české i v anglické verzi. S manželkou Annou mají dvě dospělé děti.

KONÍČKY LÉKAŘŮ

Když píšu, je to radost

Pod Klínovcem je příroda opravdu nádherná. Možná, že tyto verše vznikly někde u říčky protékající Jáchymovem...

*Proud čisté vody / v dlaních proroka / jenž
kleče u pramene / modlí se / pro dobro lidí
/ Já se zkalenou vodou / v dlaních / mod-
lím se / ať je čistá
(Dvě modlitby)*

Primář Lázeňského hotelu Akademik Běhounek v Lázních Jáchymov **MUDr. Stanislav Zajíček** je členem tří odborných společností ČLS JEP (pro rehabilitační a fyzikální medicínu, pro myoskeletální medicínu a akupunkturistické), které soustřeďují znalosti nezbytné pro léčení i těch nemocí, s nimiž přijíždějí pacienti do zdejších lázní. Většina z nich ovšem netuší, co dělá „jejich pan doktor“ ve volných chvílích. Stanislav Zajíček píše poezii. Byla otištěna v několika almanaších, v nejbližší době by mu měly vyjít dvě samostatné sbírky básní a jedna próza – delší povídka.

Pane primáři, začalo to už v časném mládí, kdy jste psal básně hezkým dívkám? Nebo to bylo jinak?

Přibližně ano, začalo to na gymnáziu. Pak jsem toho nechal. Asi

před 4 či 5 lety jsem začal znovu psát básně i povídky, z nichž některé byly publikovány.

*V zateplení slov / z rtů tvých hřejivých /
libuji si
Ke mně pojd' a též si hov' / Směj se ať sly-
ším tvůj smích / Tak tepem si do srdcí
Milopisy
(Milopisy)*

K psaní jste se tedy vrátil. Proč vlastně?

Asi pro pocity uspokojení, odreagování, především asi pro pocit zvláštní radosti. Je to můj koníček.

*Je po velkém třesku / a kolečka / se rozbí-
hají nanovo / V novém kadilaku pádím /
neznámo kam / avšak / zase naplno
Vždyť životů / mám víc než / kočka / dnes
už to vím / se svým snilkovstvím / altruis-
mem hulvátstvím // ješitností vznešeností
/ upřímností / přisností i něhou
(z básně Nanovo)*

Poezie je hodně intimní záležitost. Jste introvert?

Neřekl bych, jsem asi někde mezi introvertem a extrovertem.

Vy dokonce své básně i recitujete. Není k tomu potřeba přece jen notný kus odvahy – jít s vlastní kůží na trh?

Asi ano. Možná mi pomohlo předloňské setkání v Brně, kde bylo nějakých 80 lidí, i lékařů podílejících se na tvorbě almanachů, a tam jsem recitoval.

Občas pořádáte večery poezie i tady v lázních. Co na to pacienti?

Ano, stalo se mi, že přišla pacientka na kontrolu a hodnotila mě. Tyto večery jsou spojené i s výběrem ze světových básníků a s jazzem.

Co píšete v těchto týdnech?

Teď se víc soustřeďuju na definiční výběr básní do sbírek, o nichž jedním s vydavateli, probírám vybrané a stále hodnotím, co ano a co ne.

*Zvonkohra / Cukrová vata / Kypření ra-
dosti / Letohrádek / Návrat do dětství /
Bystřinka*

*Jak třešnička na dortu / jak pěna u kávy
/ jak patka chleba – malé detaily / kte-
ré mě dostanou
Kočičí předení / Svitání
(Pohoda)*

Kteří básníci jsou vaše krevní skupina?

Mám rád naše klasické autory, například Jaroslava Seiferta a Fráňu Šrámka – básníky s poetickým srozumitelným jazykem. Blízkou, ale složitější osobností je pro mne Jan Skácel.

A z prozaiků?



Z našich je to bezkonkurenčně Ota Pavel, který umí na nepatrném prostoru říci mnoho, ze zahraničních například Ernest Hemingway. K mým velkým oblíbeným patří ruští klasici – Puškin, Dostojevskij...

*Literární černokněžník / líheň Shake-
spearova / rovná s citem slova / Literár-
ní černokněžník
(Z básně Životní múzy)*

Máte u postele poznámkový blok a zapisujete si při případném nočním probuzení své nápady?
To je dobrá otázka. (A primář se

poprvé usměje...) Někdy ano. Teď jsem dostal jako dárek hezký poznámkový blok s Muchovými kresbami a ten opravdu poblíž lůžka mám.

*Naš topolem podél skal / tam se Erben
načecal / Kde hráliččin zval ku lásce hlas
/ i Mácha nechal se Venuší zmást / Co je
štěstí? Muška jenom zlatá / Heyduk ne-
viděl nikdy hroudu zlata / Pro trochu lás-
ky šel bych světa kraj / napsal Vrchlický
a nastoupil na tramvaj / Jak lvové bijem
o mříže, jak lvové v kleci jatí / doufám že
se Neruda v hrobě neobrátil
(Pod čarou)*

Jana Hrabáková

Inzerce A111008877



S námi rostete

Díky nám profesně
dokáže vyrůst každý



Sestra 

INZERCE Ing. Lenka Mihulková, Group Sales Manager, tel. 225 276 427, e-mail: obchod.ms@mf.cz
PŘEDPLATNÉ tel. 800 300 302, e-mail: predplatne.mf@cpost.cz

mf
MLADÁ FRONTA

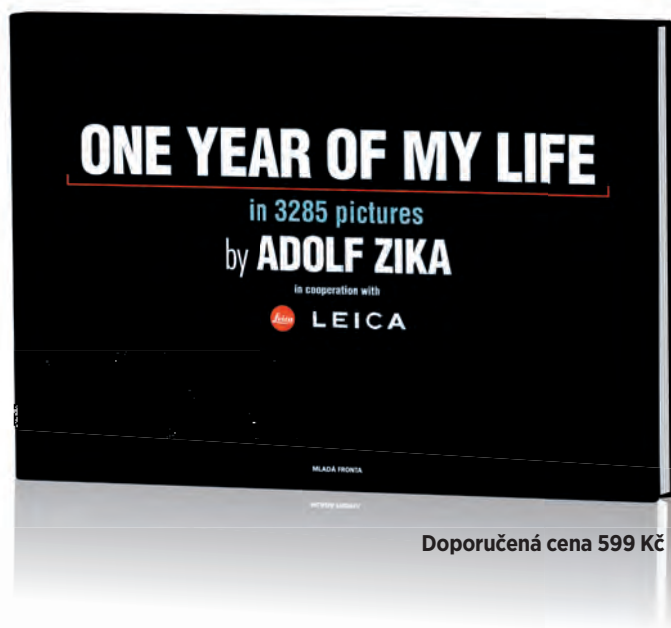
Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

Předplatné na rok + jedinečný dárek

Kniha ONE YEAR OF MY LIFE

Celosvětově unikátní fotografický projekt, popisující jeden rok všedního i nevšedního života uměleckého fotografa a režiséra Adolfa Ziky. Každý den je chronologicky zaznamenán v devíti fotografiích na jedné straně.

Krásné ženy, rychlá auta, exotické země, zajímaví lidé.....



Doporučená cena 599 Kč

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 12. 6. 2011.
Předplatné na rok pouze za **590 Kč**



Předplatte
si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku
predplatne.mf@cpost.cz, uveďte
své **jméno** a **doručovací adresu**.
Do předmětu napište kód **ZDN 0511**.
Předplatit si můžete také **on-line**
na našich stránkách **www.mf.cz**



Volejte zdarma
800 300 302

Jednoduše zavolejte
své osobní údaje
a info o požadovaném
předplatném a periodiku.
Uveďte kód **ZDN 0511**



Pošlete SMS
na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení,
adresa, lékařská specializace** předplatitele.
Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu
provazuje goNET s. r. o. Technicky
zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line
777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Poděkování patientských organizací

Konference u příležitosti Evropského dne práv pacientů, pořádaná 20. dubna v budově Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR měla i velmi optimistickou část. Bylo jí veřejné poděkování některým zdravotníkům.

Ocenění zdravotníci

Od patientských organizací na konferenci zaznělo a bylo předáno celkem šest poděkování jednotlivcům:

- MUDr. Jaroslavě Barkmanové z Onkologické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze poděkovalo sdružení žen postižených rakovinou ALEN za „ochotu a čas vždy pomoci pacientkám v léčbě i po jejím skončení a za odbornou garanci“.

- Rehabilitační sestře Janě Novákové z Fakultní nemocnice Hradec Králové vyjádřilo svoji vděčnost za empatii a příkladný přístup sdružení onkologických pacientek Mammahelp.

- Ambulantní neuroložku v Kyjově MUDr. Martu Kaiserovou ocenila Roska Kyjov za „lidský, citlivý a vždy pohodový přístup k pacientům a obrovské množství času věnovaného pacientům i sdružení“.

- MUDr. Lilianě Šedové z Revmatologického ústavu v Praze poděkovala za odborné i lidské kvality včetně „umění sdělovat diagnózu“ organizace Revma Liga v ČR.

- Neuroložce MUDr. Drahomíře Polcarové z Aquaklim, s. r. o., v Klimkovicích se dostalo rovněž ocenění od Revma Ligy za vstřícnost a obětavou pomoc pacientům.

- Do třetice Revma Liga poděkovala revmatoložce MUDr. Věře Vlasákové z Medipontu PLUS, s. r. o., v Českých Budějovicích za „vstřícnost, optimismus, umění vzbudit důvěru pacienta a maximální pomoc pacientům“.

Kolektivní poděkování těm, kteří „neodcházel“

„Pacienti a patientské organizace si skutečně velice cení lidského přístupu a spolupráce se zdravotníky, proto každý rok na této konferenci několik patientských organizací veřejně poděkuje lékařům nebo zdravotním sestřím, kteří s nimi spolupracují mnohdy i na úkor svého vlastního volného času a navíc nad rámec toho, co se od

cházíme“. Nebylo to kvůli obsahu akce samé, ale kvůli formě, s jakou byla provedena,“ uvedla pro Zdravotnické noviny výkonná ředitelka Koalice pro zdraví, o. p. s., Jana Petrenko.

(ii)



Onkoložka MUDr. Jaroslava Barkmanová (vlevo) převzala ocenění od sdružení žen postižených rakovinou ALEN. | Foto: Koalice pro zdraví, o. p. s.

Světový den roztroušené sklerózy v ČR

Světový den roztroušené sklerózy (RS) vyhláší Světová organizace na pomoc nemocným roztroušenou sklerózou (MSIF). Akce je podporována téměř všemi zeměmi světa.

U nás se letos hlavní program koná v sobotu 28. května 2011 v prostorách parku pod Vlašským dvorem v Kutné Hoře a bude mít formu hudebního festivalu pro širokou veřejnost – „KutnohoRSké rockování“, na kterém vystoupí např. Věra Špinarová, Xindl X, Yo Yo Band nebo Vlasta Horváth. Záštitu převzali Václav Havel, ministr zdravotnictví Leoš Heger, poslanec Evropského parla-

mentu Milan Cabrnoch, poslankyně Parlamentu ČR Lenka Kohoutová, senátor Parlamentu ČR Jaromír Strnad, město Kutná Hora a starosta Ivo Šanc a Michaela Šojdrová. Cílem festivalu je mimo jiné přiblížit danou problematiku i mladým lidem, kterých se toto závažné onemocnění týká nejvíce.

Na akci se budou podílet společně Unie Roska v ČR (Roska Kutná

Hora), Nadační fond Impuls a Česká hudební agentura. Výtěžek akce bude věnován na projekt výstavby prvního rehabilitačního centra pro nemocné roztroušenou sklerózou v ČR.

Vstupenka stojí v předprodeji 160 Kč, na místě 190 Kč. K zakoupení jsou v regionálních předprodejích a v síti Ticketstream.

(red)

Ocenění knihy „O malém vzrůstu“

Další kniha divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta a. s. získala ocenění.



Publikace z edice „Lékař a pacient“ MUDr. Jaroslava Škvora, CSc. „O malém vzrůstu – Praktický průvodce nejen pro rodiče“ získala Výroční cenu Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem za rok 2010 za vědec-

kou a publikační činnost v kategorii „Publikace“.

Cílem této brožury je podat ve stručné formě a z praktického pohledu základní informace o sledování růstu dítěte, zjištění jeho odchylky, určení příčiny malého vzrůstu a zároveň přehledně informovat o dnešních možnostech jeho léčby. Kniha je ur-

čena všem, kteří se o růst člověka zajímají laicky, především rodičům dětí v období růstu. Významné informace zde ale mohou najít také ti, kdo pečují o zdraví dětí a dospívajících včetně lékařů, kteří nejsou na problematiku růstu a jeho poruch ve své praxi přímo zaměřeni.

(eta)

Pozvánka na 2. mezinárodní job veletrh

Již druhý mezinárodní job veletrh „Lékařství a zdraví“ pořádá ve dnech 20. a 21. května 2011 v Praze agentura RTK International.



V kongresovém centru U Hájků, Na Poříčí 42, Praha 1, se představí 46 nemocnic z Německa a 3 renomované personální agentury s nabídkou do celého světa. Mezi prezentované společnosti patří i skupina Asklepios provozující 111 zdravotnických zařízení (z toho 71 nemocnic) s 36 tisíci zaměstnanci, koncern Hélios vlastní Rhön-Klinikum, která pouze v Sasku provozuje 6 nemocnic, a další renomovaná pracoviště nebo jejich sdružení.

Návštěvníci z řad lékařů a ostatních zdravotnických profesí zde mohou

získat informace o pracovních podmínkách v německých nemocnicích i v českém jazyce. Návštěvní hodiny: pátek 20. 5. 2011 od 9:00 do 19:00, sobota 21. 5. 2011 od 9:00 do 17:00 hodin. Vstup je zdarma. Konkurencí německých zdravotnických zařízení budou i dvě nemocnice z České republiky – Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, s. r. o., a Nemocnice následné péče Svatá Anna, s. r. o., Planá.

Více informací:

www.agentura-rtk.cz

(red)

Dávali jsme krev

Minulý čtvrtek jsme v rámci charitativního projektu vydavatelství Mladá fronta „Mladá krev“ byli již potřetí společně dá-

vat krev na transfuzním oddělení ve Fakultní Thomayerově nemocnici na Praze 4.

(eta)



Zleva: Pracovnice transfuzního oddělení Vladka Krumlová, Iva Hřebečková a Vladimíra Sysová, Michal Novák z oddělení obchodu divize Časopisy, Tomáš Langer, Marie Mašková, Vendula Nyklová a Michal Potančok z Telesales oddělení, redaktorka Zdravotnických novin Květa Havlová a inzertní grafička Marcela Šedivá. | Foto: Markéta Mikšová

Educomm.cz

– nová forma vzdělávání

Společnost Health communication, s. r. o., známá svými dvoudenními odbornými kongresy „Healthcomm“, představila nový projekt v oblasti vzdělávání lékárníků, farmaceutických asistentů a dalších zdravotnických nelékařských profesí – Educomm.cz.

Jedná se o modifikaci e-learningového vzdělávání ve formě video přednášek, které účastníci mohou sledovat z pohodlí svého domova a v čase, který si sami zvolí. Kurz mohou kdykoli přerušit a opět se k němu vrátit. Odborné kurzy umístěné na Educomm.cz jsou určeny pro lékárníky, farmaceutické asistenty, všeobecné sestry, zdravotní laboranty a porodní asistentky. Kurzy jsou zařazeny do kreditního systému vzdělávání zdravotnických nelékařských pracovníků a kontinuálního vzdělávání lékárníků. Počet

bodů či kreditů je uveden u každého kurzu.

Co kurzy nabízejí

Témata kurzů jsou vybírána z lékařských či farmakologických oborů a také z oblastí psychologie a osobního rozvoje. Často korespondují s přednáškami na kongresech a seminářích Healthcomm, kde se účastníci mohou osobně setkat s lektory. A také naopak – zaujme-li jej na kongresu nějaké téma, může účastník pokračovat v jeho studiu na webu Educomm.cz.

Oproti klasickému e-learningu, který ve většině případů obsahuje texty k nastudování, jsou kurzy Educomm uvedeny ve formě video přednášek, u každé je přiložen také textový přepis a prezentace v PowerPointu. Uživatel si tak může zvolit formu studia, která mu nejvíce vyhovuje. Po zhlédnutí přednášky je nutné absolvovat krátký test z naučených znalostí. Počet opakování testu není omezen a také video se dá kdykoli přerušit a opět se k němu vrátit. Výjimečností projektu Educomm je systém úhrady kurzů. Účast-



Foto: archiv Health Communication

ník může volit ze dvou variant – buď zaplatit klasicky (v Kč), nebo takzvanými edubody. Jedná se o fiktivní platidlo, které zájemce získává prohlížením firemních prezentací. Ty jsou opět ve formě video přednášek. Za každou zhlédnutou firemní prezentaci účastník získá daný počet edubodů na své konto. Za edubody si pak může koupit akreditovaný kurz nebo některý z dárců v Edushopu. Kromě firemních prezentací lze edubody sbírat také za tzv. bonu-

sové prezentace z nelékařských a nefarmakologických oblastí a oborů (například cestovního ruchu či zdravého životního stylu). Prostředí Educomm.cz je uživatelsky komfortní, je tvořeno jednoduchým a přehledným systémem tak, aby se v něm každý účastník bez problémů a pohodlně orientoval. Každý měsíc přibývají nové akreditované kurzy a firemní prezentace, o novinkách je každý zaregistrovaný zájemce informován. (red)

PragueIntervention V



Foto: archiv pořadatele

Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol pod záštitou ředitele FN Motol JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka, MBA, a děkana 2. LF UK doc. MUDr. Ondřeje Hrušáka, Ph.D., pořádá PragueIntervention V – Symposium koronárních a nekoronárních intervencí: zaměřeno na klinickou praxi. Akce se koná ve středu 27. května 2011 v Břevnovském klášteře, Markétská 28/1, Praha 6.

Slavnostní přednášky přednesou renomovaný český kardiolog působící v Anglii MUDr. Jan Kováč a prof. David Moliterno z USA.

Vyplněnou přihlášku odešlete nejpozději týden před konáním akce preferenčně prostřednictvím online formuláře na webových stránkách www.gsymposion.cz, e-mailem: registrace@gsymposion.cz, poštou: Galén-Symposion, s. r. o., Břežanská 10, 100 00 Praha 10 nebo faxem: 222 516 013. Organizační zajištění: Galén-Symposion, s. r. o. Akreditovaná akce systému celoživotního vzdělávání je garantována ČLK a ohodnocena kreditními body. Více informací: www.gsymposion.cz (red)

Pozvánka na kongres

Společnost prevence nozokomiálních nákaz ČR a SR a RNDr. Renata Podstatová a doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., vás zvou na VII. mezinárodní kongres prevence nozokomiálních nákaz. Akce se koná pod záštitou hlavních hygieniků České a Slovenské republiky ve dnech 23. a 24. května 2011 v hotelu Avanti Brno.

Přihlášky zasílejte e-mailem na mediconsulting@mediconsulting.cz, uveďte jméno účastníka (účastníků) a fakturační údaje vašeho ZZ. Kongresový poplatek: pro účastníky z ČR činí 1500 Kč bez DPH, pro účastníky ze SR 60 EUR bez DPH. Kongresový poplatek hradí všichni účastníci kongresu, zahrnuje účast

na odborném i společenském programu, včetně oběda a občerstvení v průběhu kongresu. Ubytování si domlouvá, zajišťuje a hradí každý účastník individuálně. Avanti hotel, Střední 549/61, 602 00 Brno-Ponava, www.hotel-avanti.cz, tel.: 541 510 111, fax: 541 219 863, e-mail: hotel@hotelavanti.cz.

Kongres je zařazen do povinného celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a ohodnocen 10 kredity. Více informací a kompletní program kongresu naleznete na webových stránkách www.mediconsulting.cz. (red)

Grada křtí své knihy již 20 let

V polovině dubna byla slavnostně pokřtěna publikace „Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu“ (Grada Publishing), kterou zpracovala Marie Šamánková s autorským týmem, jenž tvoří Jana Vichová, Zuzana Lebedová, Hana Jirků a Tereza Koláčná. Tenkou, ale významnou publikaci slavnostně pokřtil režisér Ondřej Trojan. Podotkl, že jde o první publikaci tohoto druhu, a popřál jí mnoho čtenářů, vydavateli pak co nejnižší DPH... Akci uváděl šéfredaktor odborné medicínské redakce Grady MUDr. Miroslav Lomíček. Připomněl, že Grada, která letos slaví 20. výročí, ročně uvede na trh kolem 400 knižních novinek, z toho přes 50

zdravotnických. Bouřlivě se rozvíjí například právě obor ošetřovatelsství, i proto nakladatelství

přivedlo na trh tuto přehlednou a velmi specializovanou publikaci. (eta)



Šéfredaktorka redakce nelékařských zdravotnických oborů Mgr. Vlasta Wirthová, Ondřej Trojan, Marie Šamánková a Miroslav Lomíček. | Foto: Grada

PRÁVNÍ PORADNA

Poskytování informací o zdravotním stavu po smrti

Může lékař vyplnit vůli pacienta, který ho těsně před smrtí požádal, aby před rodinou zamlčel skutečnou příčinu jeho smrti (například rakovina)?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc,
advokátní kancelář
Kubica, Zajíc a partneři

Dotaz souvisí s právem pacienta na určení osob, které mohou či naopak nesmějí být informovány o jeho zdravotním stavu a které mohou nebo naopak nesmějí nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace. Tuto problematiku poměrně podrobně a přehledně upravuje zákon o péči o zdraví lidí.

Zákaz sdělovat

Pacient má z tohoto zákona právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu. Kromě toho má právo za-

kázat podávání informací o svém zdravotním stavu jakékoli osobě. Pacient se takto může rozhodnout ve kterémkoli okamžiku léčby, tedy jak při přijetí k poskytování zdravotní péče, tak kdykoli po tom. Toto určení osoby nebo vyslovení zákazu může kdykoli odvolat či změnit.

Pro úplnost je třeba uvést, že právo pacienta na určení osoby nebo vyslovení zákazu se nevztahuje například na zdravotnické pracovníky, což je pochopitelné, neboť například zákaz přístupu ke zdravotnické dokumentaci by mohl ztížit či znemožnit poskytování péče.

Zákon dále stanovuje způsob, jak má být určení osoby nebo vyslovení zákazu projevováno. Toto určení osoby nebo vyslovení zákazu

se zaznamenává do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi a opatří se podpisem ošetřujícího lékaře a pacienta.

Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav zřetelně podepsat, avšak je schopen projevovat svou vůli, podepíše záznam ošetřující lékař a jeden svědek, zpravidla sestra. V záznamu se pak uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící pacientovi v podpisu záznamu.

Výjimky z embarga

Ze zákona dále platí, že osoby blízké mají automaticky právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, jakož i právo na informace o příčinách úmrtí. Zákon však dále stanovuje, že v případě, kdy zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytovat informace o svém zdravotním stavu osobám blízkým, přesto

mají osoby blízké na tyto informace právo, a to včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace – ovšem výhradně v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to navíc pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.



ilustrační foto: Shutterstock

S poukazem na vše uvedené tak ohledně konkrétního dotazu mohu konstatovat, že lékař může splnit popsanou poslední vůli pacienta pouze za splnění těchto předpokladů: Zemřelý pacient za svého života vyslovil řádným způsobem zákaz podávat informace o svém zdravotním stavu osobám blízkým (rodinným příslušníkům) a současně informace o jeho zdravotním stavu a příčinách úmrtí nejsou v zájmu ochrany zdraví rodinných příslušníků nebo v zájmu ochrany zdraví dalších osob.

Vedení a archivace zdravotnické dokumentace – hlášení sester

Jakými pravidly legislativa upravuje vedení záznamů sester (tzv. hlášení sester) o pacientech a vyšetřeních? Jak dlouho se takové záznamy archivují a je to vůbec nutné? Ze zkušenosti vím, že některá pracoviště tyto záznamy nevedou.



odpovídá
JUDr. Kateřina Davidová
advokátní kancelář KMVS

zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu; dále je zde stanoveno, co se uvádí v ošetrovatelském plánu, náležitosti ošetrovatelské propouštěcí zprávy nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání paci-

enta do další ošetrovatelské péče). Ohledně uchování zdravotnické dokumentace je stanoveno (blíže viz § 6 vyhlášky č. 385/2006 Sb.), že se uchovává po dobu 5 let a její vyřazování ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se skartačním řádem, jenž by měl být vydán v souladu s vyhláškou. Obecně lze tedy shrnout, že zdravotnické zařízení je povinno zdravotnickou dokumentaci vést a archivovat.

Hlášení sester (vedení záznamů sester) je součástí zdravotnické dokumentace o nemocném, jejíž vedení včetně lhůt pro archivaci upravuje vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a její přílohy č. 1–3. Znění vyhlášky naleznete například na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR (www.mzcr.cz, sekce Legislativa – Zdravotní péče – Společné předpisy a instrukce).

Pozornosti z hlediska vedení záznamů sester pak doporučuji zejména bod 11 přílohy č. 1 uvedené vyhlášky, kde naleznete, co musí obsahovat záznam o ošetrovatelské péči (ošetrovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení



ilustrační foto: Shutterstock

Titul Bc. registrované sestry a zařazení do platové třídy

Jsem registrovaná sestra, vystudovala jsem bakalářský obor všeobecná sestra, k tomu mám 2 roky praxe. Pracuji ve fakultní nemocnici na JIP. Na jakou platovou třídu mám nárok? Nyní jsem zařazena do 10. Vrchní sestra mi řekla, že titul mi neuzná, protože na JIP bakalářku nepotřebuje...

odpovídá
JUDr. Kateřina Davidová
advokátní kancelář KMVS

Pro zodpovězení otázky, na jakou platovou třídu máte nárok, je především rozhodující, co máte jako druh práce uvedeno v pracovní smlouvě a jak máte vymezenou pracovní náplň.

Všeobecná sestra je katalogem prací, nařízení vlády č. 222/2010 Sb., zařazena do 9.–12. platové třídy; rozhodující je druh práce sjednaný v pracovní smlouvě a v jeho rámci nejnáročnější práce, kterou zaměstnavatel na Vás jako zaměstnanci vyžaduje. Údaj o druhu práce lze změnit pouze dohodou, s Vaším souhlasem. Vymezení druhu práce ve smlouvě i u sestry bývá bohužel v praxi dost všeobecné, například pouze „všeobecná sestra“ bez další

specifikace, zda všeobecná sestra bez odborného dohledu (10. a vyšší platová třída), nebo všeobecná sestra pod odborným dohledem (9. platová třída). Ve vymezení druhu práce v pracovní smlouvě, respektive v popisu pracovní náplně, by měla být uvedena skutečnost, zda práci vykonáváte pod odborným dohledem, nebo bez odborného dohledu, o čemž rozhoduje zaměstnavatel. Při tomto rozhodování vychází ze svých provozních potřeb a dále schopností, zkušeností a odborných znalostí zaměstnance, přičemž musí respektovat podmínky práce sjednané v pracovní smlouvě.

Ve stanovisku ministerstva zdravotnictví k zařazování všeobecných sester do platových tříd (dohledatelné na www.mzcr.cz) naleznete jednotlivá kritéria a *de facto* náplň práce, na jejichž základě by Vás zaměstnavatel měl zařadit do příslušné platové třídy. Doporučuji Vám proto porovnat druh práce uvedené ve Vaší pracovní smlouvě a náplň Vaší práce se zmíněným stanoviskem ministerstva a poté vše případně probrat se zaměstnavatelem, popřípadě zřizovatelem nemocnice, kde pracujete.

Arteriální hypertenze

– současné klinické trendy IX

Sborníky příliš často recenzovány nebývají, ale v některých případech je to škoda. Do série „Arteriální hypertenze – současné klinické trendy“ právě přibyl devátý svazek obsahující stručné verze prací přednesených na každoroční stejnojmenné konferenci, kterou pořádá Centrum pro hypertenzi VFN v Praze a Česká společnost pro hypertenzi.

Nejedná se tedy o klasické „pokroky v...“ (*proceedings*), rozsah článků je jen 6 až 10 stran menšího formátu včetně odkazů na literaturu (těch je většinou do 20). Tematicky pokrývají problematiku hypertenze od etiologie přes diagnostiku a její metodiku až po léčbu. Sekundární hypertenzi je věnována jediná práce v angličtině „New trends in the diagnostic approach to pheochromocytoma“ od českého profesora Karla Pacáka dlouhodobě působícího v Národních ústavech zdraví USA (NIH) v Bethesda.

Etiologie, nefarmakologická léčba, epidemiologie

Internisté – a kardiologové zvláště – jistě projdou všechna sdělení, ale většina témat přesahuje úzce pojatou „hypertenziologii“. Hned dvě úvodní sdělení profesora Štěpána Svačiny a doktora Martina Matoulka z 1. LF UK a VFN v Praze („Vede významná redukce hmotnosti ke snížení krevního tlaku?“ a „Pohybová aktivita a hypertenze

v praxi“) jsou zaměřena do velmi aktuální oblasti metabolických komplikací nadváhy a obezity, kam dnes hypertenzi na základě mnoha dokladů řadíme. V prvních řádcích (str. 11) je sice jednoduše často opakované zjednodušení (profesor Gerald Reaven původně obezitu k nemocem, v jejichž etiologii hraje hyperinzulinemie zásadní roli, opravdu nepočítal), v každém případě zůstává snížení hmotnosti u většiny hypertoniků tím nejdůležitějším režimovým opatřením. Podstatné je, že ke snížení nadměrné hmotnosti je nezbytné navrhnout nemocnému nejen „diету“ (především ne bez jakéhokoli dalšího vysvětlení a podpory), ale i pohyb, případně i bariatrický výkon. Z tohoto pohledu mi připadá název příspěvku J. Cerala (LF UK a FN Hradec Králové) „Nefarmakologická léčba hypertenze“ matoucí, protože pojednává pouze o velmi specifické oblasti stimulace karotických baroreceptorů a denervace renálního sympatiku.

Positivní údaje, i když jen částečně, přináší porovnání výsledků kontroly hypertenze a dalších rizikových faktorů u diabetiků (J. Škrha, 1. LF UK a VFN Praha) v letech 2002 a 2006. Procento pacientů, kteří dosáhli cílové hodnoty TK < 130/80, se zlepšilo u diabetiků 1. typu o 14 %, a u diabetiků 2. typu dokonce o 35 %, přesto přes 50 % všech diabetiků léčených antihypertenziv tyto mety nedosahuje! Zlepšení je možno přičíst intenzivnější farmakoterapii; je ovšem otázkou, jaký je vývoj za uplynulých 5 let.

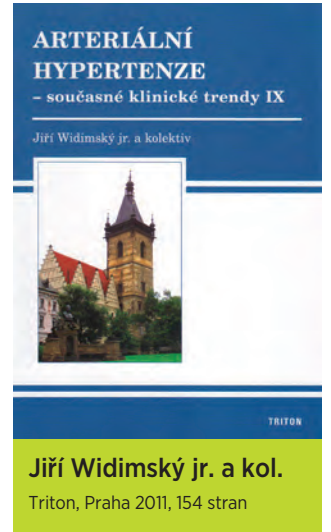
Doporučené postupy

Sborník obsahuje informace o metodice domácího měření krevního tlaku včetně odkazů na mezinárodní protokoly pro validizaci tlakoměrů (J. Widimský a O. Herber, 1. LF UK a VFN Praha) a o diagnostice a léčbě hypertenze u dětí a dospívajících (T. Seeman, 2. LF UK a FN Motol Praha). K nim můžeme přiřadit i dvě velmi praktické stati o perioperační léčbě hyper-

tenze (H. Rosolová, LF UK a FN Plzeň) a o léčbě hypertenze v těhotenství (R. Cífková, FTN Praha). Stanovením antihypertenziv se zabývá doporučení L. Chytila (1. LF UK Praha). Na tuto metodickou práci navazuje sdělení B. Štraucha a kol. z 1. LF UK a VFN v Praze dokládající, že u 30 % ambulantně léčených (a 10 % hospitalizovaných) hypertoniků s „rezistentní hypertenzí“ nejsou prokazatelně účinné koncentrace či metabolity předepsaných léčiv! Důležité je doporučení kontrolního vyšetření po kontrolovaném podávání antihypertenziv či farmakogenetické vyšetření k vyloučení ultrarychlého typu metabolismu léčiv.

Léčba

Problematikou léčení krevního tlaku v predialyzačním období a u dialyzovaných nemocných se zabývají dvě sdělení významných nefrologů – V. Monharta (1. LF UK a ÚVN Praha) a V. Tesaře (1. LF UK a VFN Praha). Spirolakton jako lék volby u rezistentní hypertenze



diskutuje R. Holaj (1. LF UK a VFN Praha), použití přímého blokátoru reninu aliskirenu v léčbě kardiiovaskulárních onemocnění J. Špinar a J. Vítovec (LF MU a FN Brno). Příspěvek J. Filipovského (LF UK a FN Plzeň) „Kombinační léčba arteriální hypertenze“ se přes obecný název zabývá ve skutečnosti jen kombinacemi ACE-inhibitorů s dalšími léky.

Závěrem

Sborník nemůže zcela nahradit živé vystoupení autorů na odborné akci. Vzhledem k řadě přehledných tabulek a doporučení však tištěná podoba má nezanedbatelnou výhodu. V e-shopech lze sborník objednat i za 175 Kč, což považuji za velmi rozumnou cenu. Kniha je kvalitně vytištěna a také redakční práce je bezchybná, což rozhodně není běžné.

MUDr. Petr Sucharda, CSC.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

NOVÉ KNIHY

Wolfram Karges,
Sascha Al Dahouk
Vnitřní lékařství
Stručné repertorium

Rozsah: 432 stran
Cena: 690 Kč
ISBN: 978-80-247-3108-7
Vydavatel: Grada



Využití publikace nekončí zkouškou z interny, poslouží i jako pomocník v každodenní praxi. V komprimované formě jsou v ní shrnuty informace o jednotlivých chorobách a zopakována klinická a další fakta. Důraz je kladen na hlavní směry diagnostiky a léčby.

Moshe Schein, Paul N. Rogers
Urgentní břišní chirurgie

Rozsah: 448 stran
Cena: 999 Kč
ISBN: 978-80-247-2357-0
Vydavatel: Grada



Autoři přistupují k tématu velmi prakticky a v souvislosti s urgentními operacemi břicha hodnotí zejména následující hlediska: zachování života, snížení nemocnosti, ekonomickou efektivitu a postup *lege artis*.

Publikace je rozdělena do tří větších celků: 1. vyšetření pomocí zobrazo-

vacích technik před samotnou operací, etický přístup k nemocnému a jeho rodině, antibiotická profylaxe atd., 2. vlastní operace (29 kapitol), 3. pooperační období (výživa, léčebná péče, reoperace atd.).

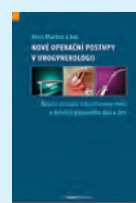
Alois Martan a kol.

Nové operační postupy v urogynekologii

Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen

Rozsah: 180 stran
Cena: 395 Kč
ISBN: 978-80-7345-233-9
Vydavatel: Maxdorf

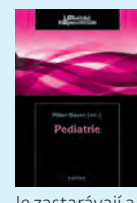
Stárnutí populace a snaha o dobrou kvalitu života žen ve stáří ve-



dou k úsilí řešit problémy se sestupem pánevních orgánů, které často vznikají v pozdějším věku a mohou být spojeny s obtížemi jako inkontinence moči, stolice, pocitu tahu a napětí v rodidlech aj. Výsledkem rychlého rozvoje urogynekologie jsou nové vyšetřovací techniky, větší porozumění patofyziologii vzniku uvedených poruch, moderní medikamentózní léčba a zejména nové operační postupy a techniky řešení problémů se stresovým typem inkontinence moči či rekonstrukce pánevního dna. Kniha seznamuje s těmito novými operačními postupy a je určena gynekologům, urologům a kolorektálním chirurgům.

Milan Bayer a kol.
Pediatric
Lékařské repertorium

Rozsah: 352 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-7387-388-2
Vydavatel: Triton



Pediatric představuje natolik rozsáhlý obor, že jej jednotlivě v plné šíři s těžší může obsáhnout. Navíc klasické učebnice rychle zastarávají a některá publikovaná fakta ztrácejí platnost již v době vydání. Encyklopedická forma publikace tak účelně naplňuje potřebu rychlé orientace v problematice s využitím nejnovějších literárních poznatků.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – červen 2011

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.

Seminář dětské neurologie – diagnostické otázky

1. 6. 2011/Praha
Místo konání: posluchárna Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha, Kateřinská 30
Pořadatel: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: www.neuro.lfi.cuni.cz

Lymphedema management pre profesionálov

Kurz lymfodrenáže
 1.-2. 6. 2011/Poprad
Místo konání: Hotel Satel
Kontakt: www.lympho.cz

33. pracovní dny sekce radiofarmacie

Radiofarmaka pro diagnostiku a terapii, kontrola jakosti radiofarmak, problematika radiační hygieny, organizační, metodické a ekonomické aspekty

1.-3. 6. 2011/
 Rožnov pod Radhoštěm
Místo konání: Beskydský hotel Relax
Pořadatelé: sekce radiofarmacie České společnosti nukleární medicíny ČLS JEP, Klinika nukleární medicíny FN Ostrava
Kontakt: RNDr. Jan Pekárek; tel.: 597 373 266; e-mail: jan.pekarek@fnspo.cz

15. slovensko-český kongres o infekčních chorobách

Nozokomiální nákazy, infekce zažívacího traktu, neuroinfekce
 1.-3. 6. 2011/Martin
Místo konání: Hotel Turiec
Pořadatelé: Klinika infektoologie a cestovnej medicíny Univerzitetnej nemocnice a JLF UK v Martine, Slovenská spoločnosť infektoológov SLS, Česká společnost infekčního lékařství ČLS JEP, Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek v Martine
Kontakt: www.cambal.net/infektologia

13th world congress of IPITA

1.-4. 6. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Corinthia
Pořadatel: International Pancreas and Islet Transplant Association (IPITA)
Kontakt: www.ipita2011.org



Ilustrační foto: Shutterstock

Lymeská borrelióza – diagnostika a léčba

2. 6. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Hana Cabrnochová; e-mail: hana@cabrnochova.cz; www.cls.cz

Zastavme kolorektální karcinom

Regionální seminář
 2. 6. 2011/Liberec
Pořadatelé: Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity Brno, komise pro screening kolorektálního karcinomu Ministerstva zdravotnictví ČR, Společnost pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP
Kontakt: www.sgo-esdo.cz; www.kolorektum.cz

16. setkání pneumologů

2. 6. 2011/Štítn
Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz

15. harrachovské chirurgické dny

Problematika TEN v chirurgii
 2.-3. 6. 2011/Špindlerův Mlýn
Místo konání: Hotel Arnika

Pořadatel: chirurgické oddělení Nemocnice v Semilech
Kontakt: Jitka Šubrtová; tel.: 481 661 402, 777 870 191; e-mail: harrachov@nemsem.cz

20. Tomáškovy dny mladých mikrobiologů

Konference s mezinárodní účastí
 2.-3. 6. 2011/Brno
Místo konání: Konferenční centrum LF MU
Pořadatelé: Mikrobiologický ústav LF MU a FN u sv. Anny, Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Československá společnost mikrobiologická, Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP
Kontakt: <http://tomdny.fnusa.cz>

30. dny mladých internistů

2.-3. 6. 2011/Olomouc
Místo konání: Velká posluchárna a malé posluchárny Teoretických ústavů LF UP
Pořadatelé: Česká internistická společnost ČLS JEP, Slovenská internistická spoločnosť SLS, 3. interní klinika LF UP a FN Olomouc, Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc
Kontakt: Jitka Hýbnerová; tel.: 585 222 802; e-mail: jitka.hybnerova@upol.cz; <http://dnymladychinternistu.sweb.cz>

Mamo omyly 2011

Omyly a kazuistiky v mamární diagnostice
 2.-3. 6. 2011/Horní Cerekev
Místo konání: Hotel Rustikal
Pořadatel: Aura Medical, s. r. o.
Kontakt: www.crs.cz

8. sympozium praktické neurologie

2.-3. 6. 2011/Brno
Místo konání: Hotel International
Pořadatelé: Neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny Brno, Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc
Kontakt: www.solen.cz

37. mezikrajské pneumologické dny 5 krajů

2.-4. 6. 2011/Turnov
Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz

4. kurz rezidentů ČR a 2. kurz rezidentů SR

2.-4. 6. 2011/Praha
Místo konání: FN Královské Vinohrady
Pořadatel: Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP
Kontakt: prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA; e-mail: cds@verum.cz, pa@avemedica.cz

13. diabetologické interdisciplinární sympozium

Diabetes a specifická životní období – dětství a dospívání, gravidita, starší věk
 3.-4. 6. 2011/Hradec Králové
Místo konání: Nové Adalbertinum
Pořadatel: Centrum a subkatedra diabetologie LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: www.diahk.cz

Celoštatní konference SSG ČR a ČGPs

Kontroverze gynekologie, asistované reprodukce a perinatologie
 3.-5. 6. 2011/Hradec Králové
Místo konání: Kongresové centrum Aldis
Pořadatelé: Sdružení soukromých gynekologů ČR, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.cgps.cz

ASCO annual meeting

3.-7. 6. 2011/Chicago, USA
Pořadatel: American Society of Clinical Oncology
Kontakt: <http://chicago2011.asco.org>

18. pediatrický den

4. 6. 2011/Ústí nad Labem
Místo konání: Krajský úřad Ústeckého kraje – konferenční sál (sympozium lékařů); Národní dům – velký sál (sympozium sester)
Pořadatelé: Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Dětská klinika IPVZ, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
Kontakt: www.bos-congress.cz

13. večer Spolku slovenských lekárov Bratislava

Liečenie popálenin v 21. storočí
 6. 6. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek lékařů českých č. 125
Kontakt: www.cls.cz

Farmakoterapie po infarktu myokardu

6. 6. 2011/Znojmo
Místo konání: Hotel Prestige
Kontakt: www.bos-congress.cz

Importované nákazy seminář

7. 6. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.infekce.cz

Kultivační vyšetření u novorozenců

7. 6. 2011/Praha

Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP
Kontakt: www.splm.cz

HLUBOKÁ MOZKOVÁ STIMULACE (DBS) V NEUROLOGII A PSYCHIATRII

8. 6. 2011/Praha
Místo konání: posluchárna Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha, Kateřinská 30
Pořadatel: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: www.neuro.lfi.cuni.cz

4. MORAVSKO-BEROUNSKÝ NEUROLOGICKO-GERIATRICKÝ DEN

8. 6. 2011/Beroun
Pořadatel: Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.cggs.cz

5. KONGRES CHIRURGIE JATER, ŽLUČOVÝCH CEST A PANKREATU

Maligní a benigní nádory, poranění jater, žlučových cest a pankreatu
8.-9. 6. 2011/Plzeň

Místo konání: Kongresové centrum Parkhotelu
Pořadatel: Česká chirurgická společnost ČLS JEP, Chirurgická klinika LF UK a FN Plzeň
Kontakt: Martina Ludvíková; tel.: 724 841 047; e-mail: ludvikova@euroverlag.cz; www.chirurgieplzen.cz

17. ČESKO-SLOVENSKÉ ANGIOLOGICKÉ SYMPOZIUM S POSTGRADUÁLNÍ TEMATIKOU ONEMOCNĚNÍ KAROTICKÝCH TEPEŇ, TROMBOFLEBITIDY, DIAGNOSTIKA CÉVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

8.-10. 6. 2011/Valtice
Místo konání: Zámek Valtice

Pořadatel: Česká angiologická společnost ČLS JEP, Slovenská angiologická společnost SLS
Kontakt: www.angiology.cz/valtice2011

14. MEZINÁRODNÍ KONFERENCE MEDICÍNY KATASTROF

8.-10. 6. 2011/Luhačovice
Místo konání: Společenský dům
Pořadatel: Společnost krizové připravenosti zdravotnictví ČLS JEP
Kontakt: www.skpz.cz

BEZPEČNOST PACIENTŮ V PROCESCH ODBĚRŮ A ZACHÁZENÍ SE VZORKY

9. 6. 2011/Jindřichův Hradec
Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP; oddělení klinické biochemie Nemocnice Jindřichův Hradec
Kontakt: Jitka Švecová; tel.: 384 376 347; e-mail: svecova@hospitaljh.cz; www.cskb.cz

FARMAKOTERAPIE PO INFARKTU MYOKARDU

9. 6. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Olympik
Kontakt: www.bos-congress.cz

11. DNY MLADÝCH CHIRURGŮ ONKOLOGICKÁ CHIRURGIE, AMBULANTNÍ A JEDNODENNÍ CHIRURGIE

9.-10. 6. 2011/Bratislava
Místo konání: Hotel Gate One
Pořadatel: Klinika chirurgické onkologie SZU a NOÚ Bratislava
Kontakt: MUDr. Robert Duchoň; e-mail: robert.duchon@nou.sk; www.chirurgie.cz

RANDE 2011

Konference o hojení chronických ran, kožních defektů a reparaci tkání

9.-10. 6. 2011/Třinec
Místo konání: aula Vysoké školy báňské v Ostravě
Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Třinci
Kontakt: www.cslr.cz/Vzdelavani/Kongresy-CSLR/RANDE-2011.html

9. MEZIKRAJSKÝ SEMINÁŘ PNEUMOLOGŮ

10.-11. 6. 2011/Deštné
Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz

1. NEUROKAZUISTICKÝ SJEZD

10.-11. 6. 2011/Hradec Králové
Místo konání: Hotel Tereziánský dvůr
Pořadatel: Neurologická klinika IPVZ a Fakultní Thomayerovy nemocnice Praha, oddělení dětské neurologie FTN, Neurochirurgická klinika 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice Praha, Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: www.mhconsulting.cz

ESIR course – aortic disease

10.-11. 6. 2011/Milán, Itálie
Kontakt: www.cirse.org

VÝCHODOČESKÉ RADIOLOGICKÉ SYMPOZIUM

10.-11. 6. 2011/Hrubá Skála
Místo konání: hotel Zámek Hrubá Skála
Pořadatel: Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové; radio-diagnostické oddělení Pardubické krajské nemocnice
Kontakt: MUDr. Leoš Ungermann, Ph.D.; e-mail: leos.ungermann@nemocnice-pardubice.cz; www.crs.cz

3rd MIDSUMMER MEETING ON PAEDIATRIC HAEMATOLOGY AND ONCOLOGY

10.-12. 6. 2011/Liberec
Místo konání: Clarion Grandhotel Zlatý lev
Pořadatel: Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: www.congressprague.cz/mmpho2011

EUROANAESTHESIA 2011

11.-14. 6. 2011/Amsterdam, Nizozemí
Kontakt: www.euroanaesthesia.org

EAACI CONGRESS

11.-15. 6. 2011/Istanbul, Turecko
Pořadatel: European Academy of Allergy and Clinical Immunology
Kontakt: www.eaaci2011.com

NOVÉ KNIHY

Andrea Janíková,
Michael Doubek

Hematologické kazuistiky nejen pro hematology

aneb jak nepřehlédnout leukemii v každodenní praxi



Rozsah: 128 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-204-2403-7
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

S hematologickými onemocněními se nesetkáváme příliš často, mnohé z těchto závažných chorob však lze při včasné diagnóze velmi dobře léčebně ovlivnit, některé i vyléčit zcela. Dosud se ale nezdá stávat, že pacienti s krevními nemocemi jsou navzdory jejich typickému klinickému obrazu řadu měsíců léčeni nesprávně. Monografie nemá ambici být vyčerpávající učebnicí zhoubných onemocnění krve ani detailním popisem jednotlivých krevních chorob. Cílem autorů nebylo parafrázovat stávající učební texty, ale zdůraznit příznaky krevních nemocí a ukázat jak od těchto symptomů dospět ke stanovení diagnózy a čím vším je tento proces komplikován. Vycházejí při tom ze zkušeností a každodenních kontaktů s pacienty, jejichž příběhy jsou doplněny kapitoly věnované jednotlivým nemocem. Vše ilustrují kromě odborné obrazové dokumentace i dětské kresby v úvodu každé kapitoly.

moc. Z pera odborníků z řad psychiatrů, neurologů a geriatrů vznikl tento společný konsensus v diagnostice a léčbě pacientů s Alzheimerovou nemocí. Kniha je členěna do 10 kapitol: Definice základních pojmů, Klinické vyšetření při podezření na demenci, Diagnostika a diferenciální diagnostika syndromu demence, Komplementární vyšetření, Diferenciální diagnostika Alzheimerovy demence a diagnostický závěr, Léčba pacientů s Alzheimerovou demencí, Problémové chování pacientů s Alzheimerovou demencí, Výživa pacientů s Alzheimerovou demencí, Práce s pečujícími, Sociální a právní problematika. Krok za krokem jsou probírány situace od prvního kontaktu lékaře s nemocným a jeho pečujícími, pravidla odběru anamnestických dat, diagnostický proces s podrobným popisem vyšetření klinického i paraklinického, pravidla nefarmakologického přístupu i farmakoterapie. Kniha je psána jako jednoduchý a praktický návod především pro ambulantní psychiatry, neurology a geriatry, ale i lékaře dalších oborů, kteří přicházejí do styku se seniory a zajímá je problematika demencí. Čerpá z bohatých klinických zkušeností autorského kolektivu a zahrnuje nejaktuálnější údaje.

Bohuslav Matouš a kol. Základy lékařské chemie a biochemie



Rozsah: 540 stran
Cena: 890 Kč
ISBN: 978-80-7262-702-8
Vydavatel: Galén

Základní učební text předmětu lékařská chemie a biochemie pro studenty všeobecného a zubního lékařství od pedagogů z 1. a 2. LF UK v Praze a LF UK v Plzni. První oddíl seznamuje se základy fyzikální, bioorganické a bioorganické chemie, druhý se základy biochemie, třetí představuje pilíře buněčné a molekulární biologie a poslední část pojednává o biochemii orgánů a funkcí. Závěr je věnován chemickému a lékopisnému názvosloví a nechybí hlavní internetové zdroje ke studiu lékařské chemie, biochemie a molekulární biologie.

Vanda Franková, Jakub Hort, Iva Holmerová, Roman Jiráček, Martin Vyháček

Alzheimerova demence v praxi

Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický



Rozsah: 72 stran
Cena: 200 Kč
ISBN: 978-80-204-2423-5
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Populace stárne a v ambulancích a na odděleních přibývají senioři s kognitivním deficitem a demencí. Zároveň stoupá počet lékařů, ke kterým tito lidé nebo jejich pečující přicházejí s prosbou o po-



SERVIS

Zajímavé www stránky

– inguinální hernie

Operace tříselných kýl patří po celém světě mezi nejčastější chirurgické výkony. Uvedené odkazy nás zavou na některé publikované a na internetu volně dostupné články, které se zaměřují na patogenezi, diagnostiku a léčbu tříselné kýly u dospělých i dětských pacientů.

European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719730/pdf/10029_2009_Article_529.pdf

Počátky dnešní The European Hernia Society (www.herniaweb.org) sahají do roku 1979, kdy ji založila skupina francouzských chirurgů. V roce 2009 společnost sestavila a zveřejnila pokyny (doporučené postupy) pro diagnostiku a léčbu tříselné kýly u dospělých pacientů. Odkazujeme na článek publikovaný v časopise Hernia. Doporučený postup mapuje péči od prvotní diagnostiky až po následnou péči. Byl konsenzuálně připraven pracovní skupinou složenou z odborníků ze 14 zemí Evropy. Autoři sou-

časně plánují revizi na rok 2012 s cílem udržet *guidelines* aktuální. V textu jsou uvedeny diagnostické možnosti, rozbor diferenciální diagnostiky i doporučené postupy v léčbě.

Inguinal hernias

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC223000/pdf/bmj-336-7638-cr-00269.pdf

Na serveru British Medical Journal je možné dohledat přehledný článek o problematice tříselných kýl. Poměrně obsáhlý text je věnován zdravotníkům i pacientům. Zde vypíchneme základní informace: Pokud je pacient s asymptomatickou tříselnou kýlou v celkově dobré zdravotní kondici, měla by mu být doporučena operační terapie. Klasická operace je spojena s nejnižším výskytem pooperačních recidiv. Laparoskopické postupy by měly být vyhrazeny recidivujícím a oboustranným tříselným kýlám, mohou však být také alternativou k primární terapii. Průměrná délka pooperační pracovní neschopnosti je 7 dnů, u pacientů vykonávajících namáhavou práci pak 14 dnů. Mezi časté komplikace patří hemato-

my, pocit necitlivosti v operované oblasti a infekce. Chronická bolest je převládající pozdní komplikací.

The biology of hernia formation

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276402/pdf/nihms-42276.pdf

Magazín The Surgical Clinics of North America v roce 2008 uveřejnil článek chirurgů z Michiganské univerzity, který se zabývá biologickými aspekty vzniku kýly. Jak autoři uvádějí v abstraktu, ke vzniku kýly břišní stěny dochází v okamžiku omezení funkce jednotlivých anatomických struktur břišní stěny (svalů, šlach, fascií), což se projevuje zejména při jejich zatížení. Mezi základní biologické mechanismy patří patologický stav fascie nebo poškození operační rány. V obou případech dochází k poškození buněčné i extracelulární matrix. Komplikované hojení operačních ran a narušená syntéza extracelulární matrix přispívají k vysokému výskytu kýl po laparotomických výkonech. Jinak převážně teoretický text je doplněn řadou schémat a fotografií.



Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1602168/pdf/20060800500001167.pdf

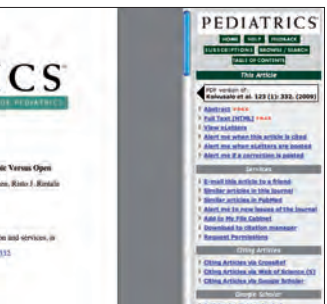
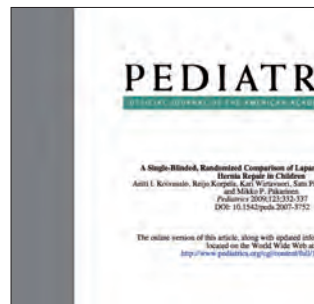
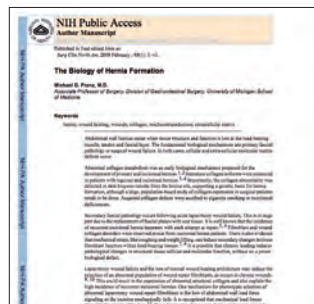
Časopis Annals of Surgery zveřejnil v roce 2006 výsledek randomizované klinické studie provedené na univerzitním chirurgickém pracovišti v britském Glasgow, jejímž cílem bylo zhodnotit jednotlivé terapeutické postupy u pacientů s asymptomatickou inguinální hernií. Zejména měla zodpovědět otázku, zda je v této indikaci vhodnější zvolit operační řešení, či observaci. Autoři uvádějí, že mnoho pacientů s tříselnou kýlou nemá žádné nebo má jen minimální klinické potíže. Z výsledků studie vyplývá, že operační řešení kýly u asymptomatických paci-

entů nemá zásadní vliv na výskyt chronických bolestivých komplikací, nicméně časný operační zákrok samozřejmě může redukovat počet pozdějších závažnějších komplikací.

A single-blinded, randomized comparison of laparoscopic versus open hernia repair in children

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/123/1/332>

Zvolit při operační léčbě tříselné kýly u dětských pacientů klasický, nebo laparoskopický postup? Odpovědět na tuto otázku si klade za cíl článek publikovaný v roce 2009 v časopisu Pediatrics. Odkazuje na výsledky studie provedené na Helsinské univerzitě ve Finsku. Jednalo se o prospektivní randomizovanou studii u dětí od 4 měsíců do 16 let věku s jednostrannou inguinální hernií. Měřen byl zejména čas od operace do začlenění dítěte do běžných denních aktivit, dále byla sledována pooperační bolestivost či případné komplikace výkonu. Studie v podstatě prokázala identický dopad otevřené a laparoskopické operace na celkový *outcome* dětských pacientů. Laparoskopický výkon byl asociován s delším trváním výkonu i vyšším výskytem pooperačních bolestí.



MUDr. Michal Pelíšek



www.zdn.cz
Číslo 9/2011, ročník 10

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

Redakce
Olga Pavliková, DiS. (Z domova, on-line)
tel. 225 276 374, e-mail: pavlikova@mf.cz
Bc. Michaela Svobodová (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: svobodovam@mf.cz
Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Téma, Zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Aktuality, kongresy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Pacientské listy)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz

Spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban,
Martin Ježek, Eva Pavlatová,
Vladimíra Bohatová, Běla Nedorostová

Editor/korektor
Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování
BcA. Pavla Ortová
tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mf.cz

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

INZERCE
fax 225 276 333
group sales manager
Ing. Lenka Mihulková,
tel. 602 710 477, 225 276 427,
e-mail: mihulkova@mf.cz
sales manager
Věra Doleželová,
tel. 725 309 873, 225 276 359,
e-mail: dolezelova@mf.cz
personální inzerce
Jiřina Hollá,
tel. 724 561 805, 225 276 393,
e-mail: holla@mf.cz
webová inzerce
Andrea Metelková
tel. 725 773 027,
e-mail: metelkova@mf.cz



generální ředitel
Ing. David Hurta
ředitel divize Medical Services
Ing. Petr Němec
 kreativní ředitel
René Decastelo
art director
Petr Honzátko

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

MARKETING A DISTRIBUCE
ředitelka marketingu novin a časopisů
Hana Holková
brand manager Ing. Hana Matejčíková
produční marketing Ondřej Hynek
vedoucí výroby a distribuce Soňa Starhová
manažerka předplatného Zuzana Hrušková,
tel. 225 276 454, e-mail: hruskaova@mf.cz

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

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

DISTRIBUCE
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
tel. 800 300 302, e-mail:
predplatne.mf@cpost.cz
www.periodik.cz
Cena ročního předplatného je 590 Kč.

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., odd. vývozu tisku,
Sazečská 12, 225 62 Praha 10
tel. 271 199 255, fax 271 199 902

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821
fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abomppka.sk
Smluvní vztah mezi vydavatelem
a předplatitelem se řídí všeobecnými
obchodními podmínkami pro předplatitele.
Předplatné se automaticky prodlužuje.
Doporučená cena 28 Kč / 1 / 30 Kč
Vydavatel a redakční rada nenesou
odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných
materiálů komerční povahy.

Tisk Europrint, a. s.
Číslo dáno do tisku 5. 5. 2011
Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad je auditován
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011
Evidenční číslo MK ČR: E 15722
ISSN 0044-1996

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Přednosta – více pozic

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK V HRADCI KRÁLOVÉ A ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ vypisují výběrové řízení na vedoucí pracovní (funkční) místa:

■ Přednosta/ka

Chirurgické kliniky

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru, soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru chirurgie, cévní chirurgie, plastická chirurgie nebo traumatologie, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením prokázána následující činností: vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího managementu v délce alespoň 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra alespoň 2 roky (v případě, že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání, ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, MS Power Point, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

■ Přednosta/ka

Neurochirurgické kliniky

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru, soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu

zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru neurochirurgie, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením prokázána následující činností: vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího managementu v délce nejméně 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra minimálně 2 roky (v případě, že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání, ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, MS Power Point, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

■ Přednosta/ka

Ortopedické kliniky

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru (nebo reálná pravděpodobnost zahájení habilitačního řízení), soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru ortopedie, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením prokázána následující činností: vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího managementu v délce nejméně 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra minimálně 2 roky (v případě, že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání, ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

■ Přednosta/ka

Urologické kliniky

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru (nebo reálná pravděpodobnost zahájení habilitačního řízení), soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru urologie nebo dětská urologie, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením prokázána následující činností: vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího managementu v délce alespoň 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra minimálně 2 roky (v případě, že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

■ Přednosta/ka

Neurologické kliniky

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru (nebo reálná pravděpodobnost zahájení habilitačního řízení), soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru neurologie nebo dětská neurologie, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením prokázána následující činností:

vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího managementu v délce alespoň 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra alespoň 2 roky (v případě, že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání, ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

■ Přednosta/ka

Rehabilitační kliniky

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru (nebo reálná pravděpodobnost zahájení habilitačního řízení), soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace nebo rehabilitační a fyzikální medicína, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením prokázána následující činností: vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího

managementu v délce alespoň 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra alespoň 2 roky (v případě, že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání, ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

■ Přednosta/ka Fingerlandova ústavu patologie

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru, soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru patologické anatomie nebo patologie, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením prokázána následující činností: vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího managementu v délce alespoň 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra alespoň 2 roky (v případě,



PŘEDSTAVENSTVO SPOLEČNOSTI NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S. VYHLAŠUJE VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ NA OBSAZENÍ FUNKCE

PRIMÁŘE PATOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ

POŽADAVKY: Odborná a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., specializovaná způsobilost v daném oboru dle zákona č. 95/2004 Sb., licence ČLK pro výkon funkce primáře nebo minimálně splnění požadavků pro vydání této licence, organizační, řídicí a komunikační schopnosti, občanská a morální bezúhonnost, 10 let praxe v oboru, z toho nejméně 5 let na pracovišti se širokým spektrem bioptických vyšetření.

NABÍZÍME možnost dalšího vzdělávání, stáží, účast na kongresech, nadstandardní odměňování a výborné pracovní podmínky

Písemné přihlášky doplněné osobním dotazníkem, stručným životopisem s přehledem dosavadní praxe, doklady o dosaženém vzdělání a kvalifikaci, osvědčením a čestným prohlášením podle zákona č. 451/1991 Sb., zaslejte nejpozději do jednoho měsíce od zveřejnění vyhlášení výběrového řízení na adresu:

Nemocnice České Budějovice, a. s.
sekretariát
B. Němcové 54
370 01 České Budějovice

Kandidáti splňující podmínky a stanovené požadavky budou písemně pozváni k výběrovému řízení.

Karlovarská krajská nemocnice a.s. vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

primáře oddělení ARO nemocnice v Karlových Varech

Nabízíme:

- stabilní zaměstnání ve zdravotnickém zařízení
- motivující mzdové ohodnocení
- možnost dalšího vzdělávání
- realizace v oboru
- příjemné pracovní prostředí
- zaměstnanecké výhody
- zprostředkování ubytování

Požadujeme:

- plnou kvalifikaci v oboru (specializovaná způsobilost + funkční licence pro vedoucího lékaře-primáře vydanou Českou lékařskou komorou)
- praxi v oboru minimálně 8 let
- komunikační, organizační a řídicí schopnosti
- zdravotní způsobilost a trestněprávní bezúhonnost

Potřebné doklady k přihlášce:

- strukturovaný životopis
- fotokopie dokladů o vzdělání a funkčních licencích
- motivační dopis s návrhem koncepce a dalšího rozvoje oddělení

Kontakt:

lenka.lacmanova@kkn.cz, 359 882 641, 739 322 448

že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání, ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

■ Přednosta/ka Ústavu klinické mikrobiologie

Kvalifikační požadavky LF: profesor nebo docent příslušného oboru, soustavná pedagogická praxe na vysoké škole nejméně 5 let, organizační schopnosti, vědecká a publikační aktivita, řešitelství grantových úkolů či výzkumných záměrů, aktivní znalost anglického jazyka podmínkou.

Kvalifikační požadavky FN: odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, specializovaná způsobilost v oboru lékařská mikrobiologie nebo odborná způsobilost k výkonu povolání odborného pracovníka v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků, specializovaná způsobilost v oboru lékařská mikrobiologie nebo vyšetřovací metody v lékařské mikrobiologii, klinická praxe nejméně 10 let, předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu v daném oboru, manažerské schopnosti, předchozí zkušenost s řízením vedoucí pozice alespoň na úrovni středního a nižšího managementu v délce alespoň 3 let nebo vedoucí výzkumného úkolu nebo grantu nebo vedoucí mezioborového centra alespoň 2 roky (v případě, že uchazeč dosud neabsolvoval žádné formální manažerské vzdělávání ochota ho absolvovat během prvního roku ve funkci), aktivní znalost práce na PC alespoň v rozsahu využívání internetu, e-mailové pošty, MS Word, MS Excel, morální a občanská bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

Na uvedená místa se vztahují podmínky zákona č. 451/91 Sb.

K přihláškám na vypsání místa je třeba přiložit životopis, přehled o dosavadní praxi potvrzený zaměstnavatelem, ověřený doklad o VŠ vzdělání včetně osvědčení o státní zkoušce, vědecké a vědeckopedagogické hodnosti, přehled o odborné, vědecké

a výzkumné činnosti včetně činnosti publikační, koncepci řízení kliniky, souhlas v souvislosti se zákonem o ochraně osobních údajů. Platové podmínky podle mzdového předpisu Univerzity Karlovy v Praze a ve FN Hradec Králové dle zákoníku práce, doplňující nařízení vlády a dle kolektivní smlouvy.

Přihlášky zasílejte do 30 dnů od zveřejnění na sekretariát děkana Lékařské fakulty UK v Hradci Králové, Šimkova 870, poštovní přihrádka 38, 500 38 Hradec Králové.

ZDN A111008300

Přednosta

DĚKAN 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE A ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY

vypisují výběrové řízení na obsazení místa:

■ Přednosta Neurologické kliniky, úvazek 1,0

Kvalifikační požadavky: vědecko-pedagogická hodnost profesor nebo docent v oboru neurologie, specializace vyššího stupně v oboru neurologie, praxe v oboru minimálně 10 let, systematická vědecká práce v oboru neurologie, systematická publikační aktivita, schopnost aktivně vyučovat v anglickém jazyce, osobní a profesní předpoklady pro řízení kliniky, morální bezúhonnost, identifikace se způsobem výuky na 3. lékařské fakultě UK. Od vybraného uchazeče se bude očekávat rozvoj všech moderních metod na pracovišti a systematická vědecká práce v oboru neurologie. Předpokládaný nástup: po uzavření výběrového řízení, dohodou, nejpozději 1. 9. 2011. Mzdové podmínky jsou dány vnitřním mzdovým předpisem UK v Praze.

Písemné přihlášky spolu s profesním životopisem, úředně ověřenými doklady o získané kvalifikaci, přehledem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti, výpisem z rejstříku trestů, osvědčením dle zák. 451/1991 Sb., čestným prohlášením ve smyslu ust. § 4, odst. 3 zákona č. 451/1991 Sb., koncepcí řízení kliniky (max. 5 stran textu), souhlasem v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., a návrhem dvou až tří osob, které mohou podat

na uchazeče doporučení, zasílejte do 25. 6. 2011 na adresu: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, oddělení personální a mzdové, Ruská 87, 100 00 Praha 10. Obálku označte „VŘ-PNK“.

ZDN A111008300

Přednosta

DĚKAN 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE A ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY

vypisují výběrové řízení na obsazení místa:

■ Přednosta Gynekologicko- porodnické kliniky, úvazek 1,0

Kvalifikační požadavky: vědecko-pedagogická hodnost profesor nebo docent v oboru gynekologie a porodnictví, specializace vyššího stupně v oboru gynekologie a porodnictví, praxe v oboru minimálně 10 let, systematická vědecká práce v oboru gynekologie a porodnictví, systematická publikační aktivita, schopnost aktivně vyučovat v anglickém jazyce, osobní a profesní předpoklady pro řízení kliniky, morální bezúhonnost, identifikace se způsobem výuky na 3. lékařské fakultě UK, s ohledem na tradici pracoviště v gynekologické onkologii je předpokladem špičková kvalifikace v operačních metodách v této oblasti. Od vybraného uchazeče se bude očekávat rozvoj všech moderních metod na pracovišti a systematická vědecká práce v oboru gynekologie a porodnictví. Předpokládaný nástup: po uzavření výběrového řízení, dohodou, nejpozději 1. 9. 2011. Mzdové podmínky jsou dány vnitřním mzdovým předpisem UK v Praze.

Písemné přihlášky spolu s profesním životopisem, úředně ověřenými doklady o získané kvalifikaci, přehledem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti, výpisem z rejstříku trestů, osvědčením dle zák. 451/1991 Sb., čestným prohlášením ve smyslu ust. § 4, odst. 3 zákona č. 451/1991 Sb., koncepcí řízení kliniky (max. 5 stran textu), souhlasem v souladu se zákonem 101/2000 Sb., a návrhem dvou až tří osob, kteří mohou podat na uchazeče doporučení, zasílejte do 25. 6. 2011



Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365, Uherské Hradiště, 686 68

Výběrové řízení na pozici PRIMÁŘ/ PRIMÁŘKA

Předseda představenstva Uherskohradištské nemocnice a.s. vypisuje výběrové řízení na pracovní místa vedoucích zaměstnanců zdravotnických oddělení:

- Primář/-ka LŮŽKOVÉ ČÁSTI ARO
- Primář/-ka ANESTEZIE OPERAČNÍCH SÁLŮ
- Primář/-ka CHIRURGICKÉHO ODDĚLENÍ
- Primář/-ka PORODNICKO GYNEKOLOGICKÉHO OD.
- Primář/-ka DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ
- Primář/-ka INTERNÍHO ODDĚLENÍ
- Primář/-ka ODDĚLENÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE
- Primář/-ka BIOCHEMICKÉHO ODDĚLENÍ
- Primář/-ka ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY

Předpoklady pro výkon pracovního místa:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru dle zák. č. 95/2004 Sb.
- praxe v oboru min. 10 let
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost v souladu s podmínkami § 3 odst. 1 b), c) zák. č. 95/2004 Sb.
- manažerské a organizační schopnosti
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu

Přihláška uchazeče musí obsahovat:

- strukturovaný životopis, vč. informace o dosavadní praxi
- ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání a kvalifikaci, příp. Rozhodnutí MZ ČR o uznání odborné a specializované způsobilosti dle zák. č. 95/2004 Sb.
- originál výpisu z rejstříku trestů ne starší 3 měsíce
- lékařské potvrzení o způsobilosti k výkonu povolání
- podrobnou studii a výhledovou koncepci daného oboru, odpovídající typu UHN (spád.oblast cca 130 tis.obyvatel), vč.návrhu optimalizace personálního obsazení oddělení odborným zdravotnickým personálem
- souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely tohoto výběrového řízení ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Přihlášku zasílejte do 31. 5. 2011 na adresu:

Uherskohradištská nemocnice a.s., Odbor řízení lidských zdrojů, JUDr. Dagmar Hanáková
J. E. Purkyně 365, 686 06 Uherské Hradiště, obálku označit „Výběrové řízení – neotvírat“

na adresu: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, oddělení personální a mzdové, Ruská 87, 100 00 Praha 10. Obálku označte „VŘ-PGPK“.

ZDN A111008304

Primář

ŘEDITEL NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ, P. O., vypisuje výběrové řízení na místo:

■ **Primář oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny.**

Přihláška uchazeče musí obsahovat následující ověřené doklady: doklad o ukončení studia na lékařské fakultě (diplom), doklad o získání specializované způsobilosti v oboru anesteziologie a intenzivní medicíny, licenci ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře – primáře v oboru anesteziologie a intenzivní medicíny, doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání, doklad o bezúhonnosti a osvědčení podle zákona č. 451/91 Sb.

Písemné přihlášky s požadovanými doklady, strukturovaný životopis a návrh koncepce oddělení zasílejte do 20. 5. 2011 na personální oddělení Nemocnice Milosrdných bratří Brno, Polní 3, 639 00 Brno, e-mail: iveta.sikulova@nmbbrno.cz, tel.: 543 165 149. Zároveň v rámci budování nového týmu tohoto oddělení nemocnice přijme další lékaře. Kontakt pro informace: MUDr. Josef Drbal, ředitel, tel.: 543 165 356, 348, 606 754 282, e-mail: josef.drbal@nmbbrno.cz MUDr. Hana Kvapilová, tel.: 543 165 476, e-mail: hana.kvapilova@nmbbrno.cz

ZDN A111008486

Primář/Primářka

NÁMĚSTEK ŘEDITELE PRO LP MĚSTSKÉ NEMOCNICE V LITOMĚŘICÍCH vypisuje výběrové řízení na funkci

■ **Primář/primářka chirurgického oddělení**

Záměrně o funkci musí splňovat podmínky způsobilosti podle zákona č. 95/2004 Sb. o lékařských zdravotnických povoláních a ČLK. Nejméně 10 let praxe v oboru. Vítána atestace v oboru úrazové chirurgie (není podmínkou). K přihlášce připojte ověřené kopie dokladů o vzdělání, platný

výpis z rejstříku trestů a stručný životopis s uvedením údajů o dosavadním zaměstnání, prohlášení na ochranu osobních údajů podle zákona 101/2000 Sb., v platném znění. Písemné přihlášky zasílejte nejpozději do 31. 5. 2011 na adresu: Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát ředitele, paní Petra Lisá, Žitenická 18, 412 01 Litoměřice.

ZDN A111008598

Více pozic

ŘEDITEL NEMOCNICE PRACHATICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na funkce:

■ **Primář gynekologicko-porodnického oddělení.**
 ■ **Zástupce primáře chirurgického oddělení**
 ■ **Vedoucí lékař stanice interního oddělení**

Požadavky: VŠ vzdělání v oboru, specializovaná způsobilost v oboru podle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění, licence ČLK pro výkon funkce primáře – vedoucího lékaře v oboru, 10 let praxe v oboru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti. Nabízíme: byt 3+1, osobní mzda + čtvrtletní odměny, příspěvek k důchodovému připojištění. Potenciální zájemci jsou zváni k nezávazné informační návštěvě.

Písemné přihlášky se strukturovaným životopisem zaměřeným na odbornou praxi, ověřenými kopiemi dokladu o dosažené kvalifikaci, výpisem z trestního rejstříku (ne staršího 3 měsíců) a prohlášením o souhlasu s použitím osobních údajů podle zákona 101/2000 Sb. zašlete do 15. 6. 2011 na ředitelství Nemocnice Prachatice, a. s., Nebahovská 1015, 383 20 Prachatice v obálce označené heslem „Výběrové řízení“. Kontakt: MUDr. František Stráský, tel.: 602 324 538, e-mail: strasky@nempt.cz

ZDN A111008001

Volná místa

Lékař/Lékařka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE V LITOMĚŘICÍCH přijme do pracovního poměru ■ **lékaře/lékařku bez specializace i se specializací**

na oddělení ARO, chirurgie, neurologie, interny, urologie, ORL a patologie.

■ **lékaře/lékařku pro obor psychiatrie**

s výkonem samostatné práce v ambulanci.

Požadujeme: odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zák. č. 95/2004 Sb. a ČLK. Písemné žádosti zasílejte na adresu: Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát ředitele, paní Petra Lisá, Žitenická 18, 412 01 Litoměřice. Informace podá: MUDr. Jiří Štverák, MBA, nám. ředitele pro LP, tel.: 416 723 702.

ZDN A111008593

Lékař/Lékařka

VSETÍNSKÁ NEMOCNICE, A. S., **NABÍZÍ PRACOVNÍ PŘÍLEŽITOST** na pozici lékaře/ky na infekčním oddělení.

Požadavky: specializovaná způsobilost, uvítáme však i lékaře/ku s odbornou způsobilostí v přípravě na specializaci, bezúhonnost a zdravotní způsobilost, schopnost samostatně pracovat, odpovědnost, pečlivý a zodpovědný přístup k práci, profesionální přístup k pacientům. Nabízíme: odpovídající mzdové ohodnocení, příspěvek na ubytování, penzijní připojištění, týden dovolené navíc, zvýhodněné stravování, smlouvu na dobu neurčitou, pracovní pozici v akreditované a certifikované nemocnici

Strukturované životopisy zasílejte na adresu Vsetínské nemocnice, a. s., odbor řízení lidských zdrojů, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. Případně e-mailem: pavlica.m@nemocnice-vs.cz. Informace na tel. číslo 571 818 130 – vedoucí odboru řízení lidských zdrojů.

ZDN A111008541

Lékaři

MODERNÍ A ŠPIČKOVĚ VYBAVENÉ HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO SE SPECIALIZOVANÝMI AMBULANCEMI V BEROUNĚ nabízí práci lékařům se zájmem o vnitřní lékařství a nefrologii. Práce v profesionálním prostředí a přátelském kolektivu. Nadstandardní finanční ohodnocení. Podpora dalšího vzdělávání doma i v zahraničí.

Možnost individuální pracovní doby, event. částečný úvazek na lůžkovém oddělení. Nástup možný ihned. Nabídky s životopisem pošlete na e-mailovou adresu dialyzaberoun@seznam.cz

ZDN A111008519

Lékaři/Lékařky

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

přijme lékaře/ky pro obor radiodiagnostika a zobrazovací metody. Požadavky: atestace v oboru příp. po složení kvalifikačního minima, znalost AJ nebo NJ, práce s PC. Zkušenosti s MR a CT diagnostikou výhodou. Nabízíme: zajímavý náborový příspěvek, práci v plně digitalizovaném a nejmodernějším radiodiagnostickém dětském centru, možnost odborného růstu, ubytování pro mimopražské. Nabídky s CV zasílejte: Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo e-mail: olga.skalicka@fnmotol.cz, tel.: 224 438 100.

ZDN A111008425

Kardiolog

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

přijme pro Kardiochirurgickou kliniku KVC 2. LF UK kardiologa. Požadavky: atestace z kardiologie, případně před atestací po ukončení společného interního základu, znalost echokardiografie vítána. Plný úvazek, možnost odborného růstu, ubytování pro mimopražské.

Kontakt: sekretariát Kardiochirurgické kliniky KVC 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, marek.setina@fnmotol.cz, tel.: 224 435 201.

ZDN A111008405

Praktický lékař

SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ STŘEDISKO V OKR. FRÝDEK-MÍSTEK

hledá praktického lékaře, ideálně se zkušeností se závodní péčí (nemusí být). Hlavní náplň práce: vstupní, výstupní a periodické prohlídky, závodní péče o zaměstnance výrobní společnosti. Směnný režim. Zajímavé platové ohodnocení. Nástup srpen/září 2011. Možnost spolupráce také na částečný úvazek či jako zástup za dovolené/nemocenské. Kontakt: renturi@renturi.cz, tel.: 733 528 710.

ZDN A111008482

Více pozic

NĚSTÁTNÍ POLIKLINIKA V BEROUNĚ

hledá na plný nebo částečný úvazek lékaře na pozici:

■ **Neurolog**
 ■ **Chirurg**
 ■ **Nefrolog**
 ■ **Rentgenolog**
 ■ **Rehabilitační lékař**
 ■ **Stomatolog**

Nabízíme: výhodné platové podmínky, práci v příjemném kolektivu, možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Informace na tel. číslech 311 746 315, 724 786 903, e-mail: medicentrum@medicentrum.cz

ZDN A111008314



NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE
PŘÍJME

LÉKAŘE JIRP DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ

POŽADAVKY:

Odborná a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., praxe u pediatrického lůžka, specializovaná způsobilost v oboru dětského lékařství výhodou. Pro pozici lékaře JIRP zájem o intenzivní pediatrickou péči, pro pozici s perspektivou funkčního místa vedoucího JIRP specializovanou způsobilost z oboru dětského lékařství.

NABÍZÍME:

Zajímavou práci na krajském akreditovaném dětském oddělení, odpovídající platové podmínky, možnost celoživotního vzdělávání. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

KONTAKT:

prim. MUDr. Vladislav Smrčka, tel. 387 876 301. Přihlášky včetně životopisu a dokladů odborné způsobilosti zasílejte na adresu

Nemocnice České Budějovice, a. s.
sekretariát, B. Němcové 54, 37001, 370 01 České Budějovice

PERSONÁLNÍ INZERCE



Elblandkliniken Riesa-Großenhain gGmbH

Bereits heute profitieren mehr als 160.000 Menschen jährlich von der ausgezeichneten medizinischen und pflegerischen Qualität der ELBLANDKLINIKEN als größte und medizinisch führende kommunale Klinikengruppe in Sachsen. Zu unserer Unternehmensgruppe gehören vier Kliniken der Akutversorgung, darunter ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Die ELBLANDKLINIKEN verfügen mit Ihren vier Standorten in Meißen, Radebeul, Riesa und Großenhain über rund 1.100 Betten. Das Spektrum der ELBLANDKLINIKEN wird durch eine Rehabilitations- und Präventions- GmbH, eine Elbland Polikliniken GmbH, die Elbland Augenzentrum GmbH, die Elblab GmbH und durch die Service und Logistik GmbH abgerundet.

Im Elblandklinikum Riesa suchen wir für die **Klinik für Kinder- und Jugendmedizin** zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Vollzeit eine/einen

Oberärztin/Oberarzt

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bietet das gesamte Spektrum der Pädiatrie mit Ausnahme der pädiatrischen Onkologie. Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde 2003 komplett neu erbaut und hat 37 Betten, davon 3 Betten für Kinder-Intensivmedizin. Interdisziplinär werden in der Kinderabteilung auch die kinderchirurgischen, HNO- und urologischen Patienten betreut – insgesamt etwa 2.300 stationäre Patienten pro Jahr. Ein Sozialpädiatrisches Zentrum ist an die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin angeschlossen.

Die Elblandkliniken Riesa-Großenhain gGmbH als Einrichtung der Schwerpunktversorgung ist ein anerkanntes akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität Dresden. Der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ist zur vollen Weiterbildung im Fachgebiet Kinderheilkunde ermächtigt.

Wir erwarten:

- gute Kenntnisse der deutschen Sprache
- eine abgeschlossene Facharztausbildung
- hohe Sozial- und Beratungskompetenz, Einfühlungsvermögen
- sehr gutes Kommunikationsvermögen sowie Kooperations- und Teamfähigkeit, Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein und Flexibilität
- hohe Leistungsbereitschaft, Belastbarkeit und zeitliche Flexibilität

Zu den Aufgaben gehören neben der Betreuung der stationären Patienten sowie der ambulanten Notfallpatienten auch die Übernahme organisatorischer Belange und die Teilnahme am Ruf- und Bereitschaftsdienst.

Wir bieten:

- eine leistungsgerechte Vergütung
- eine praxisorientierte Arbeitsweise sowie eine durch Kollegialität und Nachhaltigkeit geprägte Unternehmenskultur
- ein angenehmes Arbeitsklima in einem modernen Klinikum
- Möglichkeit zur Einrichtung einer Ermächtigungssprechstunde

Für Rückfragen steht Ihnen der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Herr Dr. med. Frank Zinsser (Telefon +49 3525 753801 oder E-Mail frank.zinsser@elblandkliniken.de) zur Verfügung.

Ihre aussagefähige schriftliche Bewerbung richten Sie bitte unter Angabe der **Kennziffer 0892011** bis drei Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige an die

ELBLANDKLINIKEN Meißen GmbH & Co. KG
Personalabteilung
Nassauweg 7
D-01662 Meißen
Daniela.Waltinger@elblandkliniken.de

Sekundární lékař/lékařka

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE přijme sekundárního lékaře/ku na úvazek 0,5 spojený s vědeckou činností (postgr. st.). Nástup dle dohody – výhodou co nejdříve.

Kontakt: sekretariát Ortopedické kliniky 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, e-mail: michaela.bezroukova@lfmotol.cuni.cz, tel.: 224 432 801.

ZDN A111008311

Lékař

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE přijme lékaře pro Gynekologicko-porodnickou kliniku.

Požadujeme: ukončené studium na LF, zařazení do specializace a praxi (není podmínkou), znalost ČJ, AJ, PC, zájem o vědeckou práci. Výhodou je působení v zájmovém kroužku G-P, flexibilita. Nabízíme: specializační vzdělávání na špičkovém pracovišti, které je držitelem řady EBCOG certifikátů. Garantujeme postgraduální vzdělávání na mezinárodní úrovni. Nástup dle dohody. Písemné přihlášky zasílejte do 30. 5. 2011 na sekretariát primáře G-P kliniky, Apolinářská 18, 120 00 Praha 2, tel.: 224 967 029, e-mail: marie.hammerova@vfn.cz

ZDN A111008228

Všeobecná sestra

NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ SE SÍDLEM V PRAZE přijme všeobecnou zdravotní sestru pro interní ambulanci na pracoviště v Praze 1.

Stálá pracovní doba 8.00–16.00. Podmínka přijetí: min. 5 let praxe na ambulanci. Kontakt: klara.gottwaldova@medicover.cz, tel.: 234 630 470.

ZDN A111008194

Lékař

ONKOLOGICKÉ ODDĚLENÍ OBLASTNÍ NEMOCNICE KOLÍN, A. S., NEMOCNICE STŘEDOČESKÉHO KRAJE přijme lékaře.

Požadujeme: atestaci prvního stupně nebo ukončený interní kmen. Nabízíme: práci na plný úvazek, nové moderní pracovní prostředí, zájem perspektivní krajské plně akreditované nemocnice, zaměstnané benefity, podporu vzdělávání a seberealizace, seriózní jednání příjemný kolektiv.

Nástup možný ihned. Kontakt: Personální oddělení Bc. Daniel Veselý, tel.: 321 756 616, e-mail: daniel.vesely@nemocnicekolin.cz

ZDN A111008225

Primáři

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

- Primáře na dětské odd.
- Primáře na ARO

Požadavky: VŠ, II. atestace v oboru, příp. special. způsobilost, organizační a řídicí schopnosti. Nabízíme: byt, výhodné finanční ohodnocení.

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

ZDN A111008187

Lékaři

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, A. S., přijme lékaře na plný či částečný úvazek (DPČ – služby) pro akreditovaná pracoviště: ARO, neurologie, urologie, interna, nefrologie, geriatrie

Nabízíme: NÁBOROVÝ PŘÍSPĚVEK PRO VYBRANÉ OBORY VE VÝŠI 150 000 Kč, možnost profesního růstu a dalšího vzdělávání lékaře, zajištění bydlení, nadstandardní finanční ohodnocení, týden řádné dovolené navíc.

Bližší informace: e-mail: pavlina.simmerova@nemcl.cz, tel.: 487 954 035, www.nemcl.cz

ZDN A111008198

Nefrolog/Internista

INTERNÍ A DIALYZAČNÍ CENTRUM SVITAVY přijme do pracovního poměru nefrologa nebo internistu.

Nabízíme: nadstandardní platové ohodnocení, možnost služebního bytu. Kontakt: Mgr. Norbert Nyvlt, tel.: 731 155 311, e-mail: nyvlt@inmed.cz, www.inmed.cz

ZDN A111007709

Pediatr – Německo

PRO NAŠEHO KLIENTA – OKRESNÍ NEMOCNICE WEISSWASSER GMBH hledáme zkušeného pediatra na pozici vrchního lékaře. Nemocnice nabízí nadstandardní pracovní

i finanční podmínky, odborné a jazykové vzdělávání, podporu při další oborové specializaci, pomoc při nalezení ubytování.

Bližší informace: Jan.Vetrovec@neumannpartners.com
Neumann Leadership
Deutschland GmbH
Schloßstraße 70
70176 Stuttgart

ZDN A111007944

Lékař

NEMOCNICE SLANÝ přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru dětského lékařství s výhledem funkčního místa, velmi zajímavé finanční ohodnocení. Mzda bude sjednána individuálně. Možno ubytování v areálu nemocnice. Nástup možný ihned. Nabídky zasílejte na ředitelství Nemocnice Slaný, e-mail: reditelstvi@nemocnicelany.cz, tel.: 312 575 110.

ZDN A111007853

Různé

Ordinace

PRONAJMEME IHNEDE PROSTORY 54 M² vhodné pro ordinaci lékaře v lékařském domě v Praze 3-Žižkov. Pevná linka a internet zaveden. Tel.: 777 566 047.

ZDN A111008307

Ordinace

POLIKLINIKA V PRAZE 6 NABÍZÍ K PRONÁJMU ORDINACE lékařům nejlépe těchto odborností: PL, dětský lékař, neurologie, gynekologie, diabetologie, psychiatrie, endokrinologie, kardiologie. Kontakt: e-mail: medical@comitia.cz, tel.: 220 518 080.

ZDN A111007087

Lékařská praxe

ODKROUPIME ZA VÝHODNÝCH PODMÍNEK LÉKAŘSKÉ PRAXE různých odborností po celé ČR, zejména v Praze a okolí. Kontakt: e-mail: info@lekari-praha.cz, tel.: 775 495 350.

ZDN A111007107

Ultrazvuk

PRODÁM UZ PŘÍSTROJ FUKUDA – TELLUS – UF750XT, vag. i abd. sonda, 5 let starý, výborný stav. Tel.: 244 464 192, 607 749 206.

ZDN A111007770



Marienkrankenhaus Cochem

Die Marien-Gruppe betreibt moderne Krankenhäuser in Cochem/Mosel und Berlin, ein Medizinisches Versorgungszentrum und mehrere Senioreneinrichtungen. Das Marienkrankenhaus Cochem ist ein Akutkrankenhaus mit 140 Betten. In den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Unfallchirurgie, Anästhesie, Urologie, Gynäkologie und den Ambulanzen versorgen wir im Jahr mehr als 15.000 Patienten. Orthopädische Leistungen werden in Zusammenarbeit mit unserem Medizinischen Versorgungszentrum erbracht.

Durch den Neuaufbau einer medizinischen Abteilung und zur Verstärkung unserer Teams suchen wir

Assistenzärzte (m/w) in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin und zum Facharzt für Chirurgie/Allgemeinmedizin.

Kollegen in der Weiterbildung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ sind uns ebenso willkommen, ein Wechsel in die Innere bzw. Chirurgische Abteilung des Hauses ist möglich und wird von uns unterstützt.

Die Innere Abteilung mit 75 Betten (incl. 4 Intensivbetten mit 2 Beatmungsplätzen) versorgt ein breites Spektrum internistischer Erkrankungen. Schwerpunkte sind Gastroenterologie und Kardiologie (Innere Medizin I) sowie Klinische Geriatrie (Innere Medizin II). Wir bieten alle modernen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, ein CT steht 24 Stunden zur Verfügung. Mit einer rheumatologischen Praxis besteht eine Kooperation.

Der Chefarzt der Inneren Medizin I, Prof. Dr. med. Winfried Schranz, führt als Facharzt für Innere Medizin die Teilgebetsbezeichnung für Gastroenterologie und Diabetologie. Der Chefarzt der Inneren Medizin II, Dr. med. Thomas Makowski, ist Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie.

WIR BIETEN IHNEN

- eine breit gefächerte, fachlich qualifizierte Weiterbildung in der Allgemeinen Inneren Medizin, mit rascher Einarbeitung in die Intensivmedizin, Sonographie inkl. Echokardiographie, Gefäßdiagnostik, Endoskopie (Koloskopie/Gastrokopie) und Altersmedizin;
- nach entsprechender Einarbeitung die selbstständige Betreuung unserer Intensivpatienten.

Die Chirurgische und Unfallchirurgische Abteilung bietet alle gängigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Moderne Technologien sorgen für den Einsatz schonender und präziser operativer Verfahren in der Allgemein- und Unfallchirurgie. Gemeinsam mit der Orthopädie des angegliederten Medizinischen Versorgungszentrums behandeln wir Patienten mit gelenkersetzenden Knie- und Hüftprothetiken sowie bei allen sonstigen Erkrankungen der operativen Orthopädie. Unser Orthopäde besitzt u.a. die Zusatzbezeichnungen „Spezielle Orthopädische Chirurgie, Rheumatologische Orthopädie, Handchirurgie und Chirotherapie“.

Chefarzt der Allgemein- und Unfallchirurgie ist Prof. Dr. med. Norbert Wolf. Er ist für das D-Arzt-Verfahren zugelassen und führt die Teilgebetsbezeichnungen für Unfallchirurgie und Proktologie.

WIR BIETEN IHNEN

- eine strukturierte Ausbildung im kompletten Spektrum der Visceralchirurgie (subdiaphragmal ohne Pankreaschirurgie);
- die Einarbeitung in koloproktologische Erkrankungen in unserer großen proktologischen Ambulanz;
- die Einarbeitung in alle gängigen unfallchirurgischen/orthopädischen Osteosynthese- und Arthroskopie-Verfahren (Schulter, Handgelenk, Knie sowie TEP Knie und Hüfte, Hand- und Fußchirurgie);
- Promotion bei unserem Chefarzt, Prof. Dr. Wolf.

ZUSÄTZLICH KÖNNEN SIE IN UNSEREM HAUSE ERWARTEN

- eine intensive Betreuung und Fürsorge bei der Weiterbildung durch Chefarzte und Krankenhausleitung;
- den Erwerb der Fachkundenachweise „Strahlenschutz“ (Kosten werden übernommen) und „Arzt im Rettungsdienst“ (Vermittlung einer Notarztbegleitung);
- moderne, EDV-gestützte Arbeitsplätze; Freizeitabgeltung von Bereitschaftsdiensten; Unterstützung bei der Wohnungssuche;
- die Vergütung erfolgt ungekürzt nach AVR Caritas und enthält neben den üblichen Sozialleistungen Urlaubs- und Weihnachtsgeld;
- nach abgeschlossener Facharztausbildung besteht die Möglichkeit auf eine unbefristete Anstellung.

ARBEITEN, WO ANDERE URLAUB MACHEN

Die Stadt Cochem und ihre Umgebung besitzen einen hohen Freizeitwert sowie eine gute Anbindung an Koblenz (ca. 35 Minuten) und Köln (ca. 75 Minuten). Alle gängigen Schulformen sind vor Ort.

Wir wünschen uns Mitarbeiter mit hoher kommunikativer und integrativer Kompetenz. Als christliche Einrichtung erwarten wir eine entsprechende Identifikation mit den Zielsetzungen unseres Hauses.

Für weitere Informationen steht Ihnen unser Kaufm. Leiter, Herr Horn, unter Telefon 02671-985-110 gerne zur Verfügung.
Homepage: www.marienkrankenhaus-cochem.de

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Personalabteilung,
Marienkrankenhaus Cochem, Avallonstr. 32, 56812 Cochem
oder per E-Mail an personal@marienkrankenhaus-cochem.de



Das Marienkrankenhaus Cochem ist zertifiziert nach proCum Cert einschließlich KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle und die proCum Cert-Zertifizierungsgesellschaft.

MAZDA. ODVÁŽNĚ JINÁ.



zoom-zoom
zoom-zoom
zoom-zoom

KDYŽ VÁM VAŠE AUTO ROZUMÍ, ŘÍZENÍ JE RADOST.

V čem může najít inspiraci výrobce automobilů z pevného pouta mezi jezdcem a jeho koněm? Přece z jejich vzájemného souznění. Naším cílem bylo vytvořit vůz, který bude v dokonalé harmonii s řidičem a pomůže mu dosáhnout maximálního zážitku z jízdy.

Japonská preciznost se zaměřuje při vývoji vozů na každý detail - jako je umístění řadicí páky tak, aby se řazení stalo zcela přirozeným pohybem. Řidič pak vnímá souznění se svým vozem stejně jako jezdec s koněm. Sledujte celý příběh na mazda.cz/pribeh.

Mazda se v celé své historii vzdírala konvencím a šla vlastním směrem, hledala originální řešení a přistupovala k vývoji vozů neotřele. Výsledkem je překvapivě dostupný vůz nedostižných vlastností, s vysokým standardem kvality a bohatou výbavou. Jediný kompromis, který v Mazdě uznáváme, je cena.

MAZDA3

zvýhodnění

cena

Mazda3 HB CE 1.6	79 000 Kč	329 900 Kč
Akční model Mazda3 GT Edition	107 000 Kč	392 900 Kč



Kombinovaná spotřeba 4,4-7,6 l/100 km, emise CO₂ 119-175 g/km.
Nabídka je časově omezená a platí u participujících dealerů.

800 900 994
MAZDA.CZ