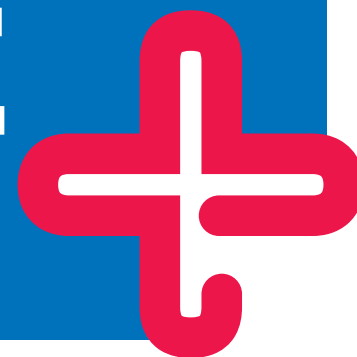


# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč  
PŘEDPLATNÉ 23 Kč  
11/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 30. 5. 2011



## AKTUALITY

Není nezdravých potravin, nezdravá jsou jen jejich množství  
Význam jednotlivých druhů potravin ve výživě, zejména ve vztahu k obezitě a MS. **STRANA 18**



## PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. RNDr. Luboslava Stárku, DrSc., předního českého endokrinologa **STRANA 32**



## ZE SPOLEČNOSTI

České lékařské komoře je 20 let  
Své výročí ČLK oslavila v prostorách Břevnovského kláštera. **STRANA 41**

## Pojišťovny budou mít vliv na předepisování léčiv

Lékaři budou při předepisování léku limitováni seznamem, který vytvoří zdravotní pojišťovna. „Pozitivní listy“ mají systému ušetřit miliardy korun. Úspory mají přinést i elektronické aukce na léky.

Věcný záměr o změnách ve fungování zdravotních pojišťoven sice ministr zdravotnictví Leoš Heger stručně představil již před několika měsíci, podrobnosti však dodal až nyní. Úplnou novinku v systému představují takzvané pozitivní listy. Pojišťovny budou pro své klienty hledat nejvýhodnější nabídky a předepisující lékař bude muset z této nabídky vybrat.

„Pozitivní listy přispějí k racionalizaci předepisování léčivých přípravků a k úsporám prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro pacienty budou znamenat snížení doplateků za léky, možnost získání informací o nej-

levnějších variantách v rámci léčivé látky přímo u lékaře a díky podpoře soutěžního chování výrobců léčiv i pokles cen léčivých přípravků.“ říká ministr zdravotnictví Leoš Heger. Samy pojišťovny takový krok vítají a argumentují zejména velkými úsporami. Naopak lékaři v souvislosti s pozitivními listy hovoří o institucionalizaci řízené péče.

### Elektronické aukce

Větší efektivitu a další uspořené peníze má podle ministerstva přinést také spuštění elektronických aukcí. V nich by pojišťovny společně zadaly podmínky firmám

pro dodávky léků, stanovily by i potřebné množství. Dosažená cena by pak byla platná pro všechny pojišťovny, firmy by naopak měly zajištěn odběr. Tento krok má plnou podporu Svazu zdravotních pojišťoven, Česká lékařská komora jej ovšem důrazně odmítá. „ČLK nemůže souhlasit s tím, aby zdravotnická zařízení soutěžila cenou svých služeb pro zdravotní pojišťovny. Vedle rizika snižování kvality zdravotní péče by došlo k ekonomické likvidaci řady soukromých lékařů, kteří by nemohli konkurovat nemocnicím nebo zdravotnickým řetězcům, (pokračování na straně 2)



**Petr Nosek: MZ chce zabránit podplácení lékařů kvůli preskripci léků. A je třeba dořešit, aby se to nestávalo i v případě lékárníků.**

## Pane ministře, spolupracujte

ČLK s LOK-SČL a dalšími devíti specializovanými organizacemi lékařů minulý čtvrtek vyzvala ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) a vládu, aby při přípravě reformních zákonů respektovali názory odborníků a lékařských organizací.

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek uvedl, že komora organizuje sebeobranu lékařů a očekává, že společným tlakem lékařů se podaří změnit ty části reformy, se kterými lékaři nesouhlasí.

### Nebudeme vybírat poplatky pro pojišťovny

Lékařům vadí zejména to, že reforma posiluje zdravotní pojišťovny; je to prý na úkor lékařů i pacientů. Organizace, jež podepsaly prohlášení nazvané „Se-

beobrana lékařů“, které obsahuje 12 bodů, mimo jiné nesouhlasí s tím, aby pojišťovny rozhodovaly o síti zdravotnických zařízení, aby mohly bez udání důvodu vypovídat smlouvy lékařům a aby si (pokračování na str. 2)

## Pojišťovny budou mít vliv na předepisování léčiv

(pokračování ze strany 1)

jež mají se zdravotními pojišťovnami nadstandardní vztahy,“ tvrdí prezident ČLK Milan Kubek.

„Je to cesta k úsporám a k transparentnímu systému,“ oponuje mu koordinátor zdravotnické skupiny Národní ekonomické rady vlády (NERV) Miroslav Zámečník.

### Účinná látka na předpis

Lékaři by již také neměli předepisovat konkrétní medikamenty, ale pouze jejich účinné látky. V každé lékové skupině zůstane jeden preparát bez doplatku, který potom pacient může získat v lékárně. „V první fázi se tato metoda uplatní asi u dvaceti léčivých látek,“ podotýká ředitel odboru farmacie MZ Filip Vrubel.

Ministerstvo tak chce zabránit situacím, kdy farmaceutické firmy podplácely lékaře, aby předepisovali jejich drahé léky. „Ještě je třeba dořešit, aby se něco podobného následně nestávalo v případě lékárníků,“ připouští náměstek MZ pro zdravotní pojištění Petr Nosek. Resort se nechystá vzít lékařům možnost napsat na recept konkrétní preparát, zároveň ale pověří lékárníky, aby pacienti vždy informovali, že existují i jiné léky s toutéž účinnou látkou. A bez doplatku. „Pacient se na základě těchto informací rozhodne,“ vysvětluje náměstek.

### Do lékárny s kódem

Reforma lékové politiky přinese i další zásadní novinku – elektronický recept. Ten má fungovat tak, že lékař předepíše elektronický recept a tuto informaci pošle do centrálního úložiště elektronických receptů. Pacient dostane čárový kód nebo třeba heslo, se kterým půjde do lékárny, jež si z úložiště stáhne jeho předpis a lék vydá. „Předepisující lékař díky tomuto systému bude mít přehled o tom, jak pacient dodržuje léčebný režim, a zároveň se zabráni chybám způsobeným přepisem dat z papírových receptů,“ vysvětlil ministr. Elektronizaci procesů ocenilo i České zdravotnické fórum, které hodnotilo představené reformy.

Michaela Svobodová

# Heger zatím pro podporu tří reformních zákonů **nezískal VV**

Ani na šestihodinovém jednání K9 se minulou středu lídři vládních stran neshodli na tom, kdo má určit, co bude ve zdravotnictví placeno z veřejného pojištění a co bude nadstandardem hrazeným z peněz pacienta.



Vít Bárta. | Foto: www.vitbarta.cz

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) po jednání řekl, že TOP 09 a ODS trvají na tom, aby výčet byl stanoven ministerstvem, Věci veřejné chtějí seznam stanovit novým zákonem s pomocí expertů. Žádají také, aby všechny plánované změny prošly ekonomickou analýzou. To se týká například Hegerova návrhu, aby si pacienti u zubaře platili všechny plomby. Shoda panuje na zrušení poplat-

ku za recept, zpoplatněny mají být léky v ceně do 50 korun, například na nachlazení. „Alespoň jeden lék ve skupině přitom musí zůstat plně hrazený pojišťovnou,“ uvedl Heger.

### Bárta: Není možné řešit stále nové návrhy

Lídr Věcí veřejných Vít Bárta z jednání neodcházel spokojen. Řekl, že jeho strana chce jednat o harmonogramu celé reformy, nikoli

pouze o třech zákonech, které nyní ministerstvo projednává a chce je pro jednání kabinetu připravit do 8. června.

Heger přinesl návrh s celkem 17 body. Na zhruba 12 se koalice shodla, uvedl ministr. Bárta konstatoval, že není možné, aby Heger přicházel se stále novými návrhy řešení finanční situace ve zdravotnictví bez toho, aby byly prověřeny možnosti úpravy lékové politiky. V ní nejmenší vládní strana vidí velké rezervy, a proto například navrhuje, aby ceny nebyly měněny jednou za tři roky, ale každý rok.

(op, ČTK)

## Pane ministře, **spolupracujte**

(pokračování ze strany 1)

mohly zřizovat vlastní zdravotnická zařízení.

Pokud by regulační poplatky měly být příjmem zdravotních pojišťoven, jak to ministr plánuje v reformě, pak zástupci podepsaných organizací nesouhlasí s tím, aby je vybírali lékaři. Plánované zavedení poplatku ve výši 200 korun, pokud pacient přijde k ambulantnímu specialistovi bez doporučení praktika, pak podle signatářů výzvy omezuje práva pacientů.

Z reformních návrhů, které se týkají zdravotních pojišťoven, ČLK odmítá také to, aby mohly vypovědět lékaři smlouvu bez důvodu jen proto, že chtějí uspořít na síti

poskytovatelů. Podle Kubka by to mělo být možné jen v případě, že lékař vážně poruší smlouvu.

### Odmítáme „pozitivní listy“

Lékaři rovněž nesouhlasí se zavedením generické preskripce, tedy aby na recept místo jména léku předepisovali účinnou látku a lékárník by vybíral konkrétní lék až v lékárně. Lékař tak podle Milana Kubka ztratí kontrolu nad léčbou, za niž zodpovídá. Lékaři by dle návrhu měli psát levnější generické léky a vybírat je z takzvaných pozitivních listů, tedy seznamu léků, u nichž pojišťovny vysoutěží nejnižší ceny. Tyto listy ČLK odmítá, lékař má podle jejich představite-

lů vybírat podle toho, co potřebuje pacient. ČLK míní, že Hegerovy reformní plány nejsou motivovány ničím jiným než snahou ušetřit peníze na pacientech. Šetřit jinde prý vláda nemá vůli.

Kromě těchto připomínek lékaři také upozorňují, že pro příští rok není vyřešeno specializační vzdělávání ani finanční zajištění vyšších platů lékařů a dalších zdravotníků.

### Pojišťovny se ohrazují

„Podle představ ČLK a dalších zástupců lékařských organizací je standardem, že zdravotní pojišťovny proplatí lékařům každou odeslanou fakturu bez ohledu na to, zda byla vystavena oprávněně,

nebo ne. Standardem je podle ČLK jistota smluvního vztahu bez kontroly, zda lékař léčí, jak má. Patrně vycházejí z filozofie, že pro lékaře nemají platit žádné kontrolní mechanismy, tak jako platí v jiných oborech,“ reagoval prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR Jaromír Gajdáček. „Reforma zdravotnictví konečně dává zdravotním pojišťovnám šanci získat tolik potřebné pravomoci, ale i zodpovědnost, aby se mohly chovat jako opravdoví správci peněz vybraných od občanů na jejich léčení a skutečně pohlídat, že tyto peníze budou vynakládány co nejučelněji v prospěch jejich zdraví. Zdravotní pojišťovny zastupují své klienty – pacienty, kteří za své peníze chtějí dostat kvalitní léčbu za rozumnou cenu, ne je jen nekontrolovatelně rozdávát podle přání lékařů,“ dodal Gajdáček. (op, ČTK)

## Sněmovna nejspíš zruší zákon o neziskových nemocnicích

Sněmovna zřejmě zruší zákon o neziskových nemocnicích, který před pěti lety prosadili poslanci za ČSSD a KSČM s přispěním KDU-ČSL. Doporučil jí to před týdnem navzdory kritice opozice výbor pro zdravotnictví.

Předkladatelé návrhu z řad koalici- ních poslanců poukazují na to, že do současnosti ani jedna nezisková nemocnice podle zákona nevznikla. Podle opoziční ČSSD je zrušení normy dalším krokem k privatizaci lůžkových zařízení.

Původní znění zákona počítalo s tím, že na 150 někdejších okres-

ních nemocnic bude převedeno na neziskové. Ustanovení ale na podnět senátorů za ODS již dříve zrušil Ústavní soud.

### Heger: Byl by to návrat před rok 1989

„Pokud by síť zahrnula 150 zařízení, jak se plánovalo, vznikl by centralis-

tický systém řízený státem, podobný tomu před rokem 1989,“ uvedl ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09). Zákon je podle něho nepoužitelný. Ministr ale poukázal i na to, že do neziskového systému by se mohly hlásit rovněž nemocnice, kterým by případně hrozilo zrušení. Tím by se mu vyhnuly.

Neziskové nemocnice by měly například právo na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou bez výběrového řízení a byly by osvobozeny od daně z příjmů. „V zahraničí jsou taková zařízení běžná. Zákon se dá za určitých okolností opravit,“ řekl poslanec Jaroslav Krákora (ČSSD). (op)

# Experti by neměli být jen na ozdobu

Poradní komise expertů jistě může nadstandardům pomoci, ale měla by mít v ruce alespoň náznak moci.

Zdá se, že ministr zdravotnictví Leoš Heger to se zavedením standardu a nadstandardu myslí vážně. To je dobré. Jenže ve všech dosavadních výstupech pořád chyběly jasné odpovědi na dvě zásadní otázky: KDO a JAK. A to už tak dobré není.

Klíčové otázky znějí: „KDO rozhodne o tom, co je nadstandard?“ a „JAK svou vůli prosadí?“ Nedávno Heger přišel s odpovědí na první otázku. S výběrem postupů, metod a technologií léčby do kategorií standard a nadstandard ministerstvu pomůže poradní orgán – komise, v níž vedle ministerských úředníků zasednou v první řadě experti

z ČLS JEP, dále zástupci pojišťoven, profesních komor, možná i profesních sdružení či patientských organizací.

## Ochota, jež šlechtí

Odmyslíme-li si, že hledat zájmový či názorový průnik mezi všemi těmito organizacemi bude určitě dost náročný proces, je třeba uznat, že na otázku KDO jde asi o nejlepší možnou odpověď. Ochota spolupracovat s odbornými skupinami ministra šlechtí. Na druhé straně je ovšem zjevné, že takováto skupina ex-



Martin Čaban

pertů ze všech stran by měla mít poměrně výsadní postavení a silné slovo. To jí ovšem status poradního orgánu ministra nezaručuje. I kdyby byl Heger sebevíc ochoten naslouchat expertním hlasům, nikde není psáno, že stej-

nou ochotu budou projevovat jeho nástupci. A to právě souvisí s druhou klíčovou otázkou, tedy JAK. Na tu zatím odpověď chybí.

Dosud navrhovaná úprava zákona o zdravotním pojištění počítá s tím, že rozhodující a konečné slovo při určování standardu a nad-

standardu bude mít – komise nekomise – ministr a jeho sazebník výkonů, z nichž k některým bude připsána zkratka ENV (ekonomicky náročnější varianta, čti: nadstandard). A Heger připouští, že je ochoten diskutovat i o tom, že by seznam základních a ekonomicky náročnějších variant péče vycházel ne jako vyhláška, tedy podzákonné opatření, ale jako příloha zákona o veřejném zdravotním pojištění, aby měl sílu zákonného předpisu.

## Tendr na standard?

Jenže ani jedna z těchto variant neřeší problém možné propasti mezi vůlí reprezentativní skupiny expertů a reálným úkonem ministra či poslanců.

Není těžké si představit populistického ministra, který nastoupí do úřadu a vyhlásí, že veškerá v současnosti dostupná péče je standardem. Bude-li už tou dobou systémem jakž takž zaběhlý na rozdělení na standardní a dražší péči, uvrhl by ho takový krok do těžkých finančních potíží. A není ani těžké

si představit ministra, který mezi farmaceutickými a zdravotnickými firmami vyhlásí neoficiální „tendr na standard“. Tedy standardem bude technologie od výrobce, který nejlépe „namaže“. To by zase zcela popřelo smysl rozdělení péče podle ekonomické náročnosti. A oběma těmto katastrofickým scénářům může bezmocně přihlížet renomovaný poradní orgán ministra, který se buď vůbec nebudě scházet, nebo jeho připomínky budou jednoduše ignorovány.

Je pochopitelné, že nevolená expertní komise nemůže mít sama o sobě legislativní ani exekutivní moc. Ale nabízí se například právní institut dohodovacího řízení, jehož výsledek snad zákon může stanovit jako závazný nebo alespoň důrazně doporučující, podobně jako to známe z dohadování o úhradách péče. Bylo by v zájmu Hegerovy reformy, aby pro definitivní verzi zákona našel šikovnou formulaci, jež by experty posunula výš než do role zděšených pozorovatelů případné ministerské zvůle.

Inzerce A111006813

## Nejlepší úroky ze spoření!

až  
5,0 %  
p.a.

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](http://www.artesa.cz)

Politických vězňů 21  
110 00 Praha 1

volejte zdarma  
800 128 836

 **artesa**  
INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

# Krize ve stomatologii teprve nastane

Nedostatečné prostředky na výuku studentů a stovky zubních lékařů, kteří za nedlouho odejdou do důchodu. S takovými problémy se potýká česká stomatologie.

Česká stomatologická komora začala na problém s nedostatkem zubních lékařů upozorňovat již před více než deseti lety. Od té doby se situaci nepodařilo zvrátit, počty zubařů spíše dále klesají. A podle oslovených odborníků z jednotlivých lékařských fakult bude hůř. Dle odhadů je z celkového počtu více než 7500 stomatologů téměř 2500 v důchodovém a předdůchodovém věku. Až ze systému odejdou, lze čekat výrazné problémy.

V současné chvíli je situace udržitelná, počet pacientů na jednoho zubaře se pohybuje v průměru 1700, což je v porovnání s ostatními zeměmi běžné číslo, shodují se dále odborníci. Problémy tak vyplývají spíše z různé hustoty osídlení jednotlivých regionů. „Přetrvávajícím problémem je však



ilustrační foto: wordpress.com

věkové rozložení zubních lékařů a značná feminizace oboru. Jenom asi 2500 zubních lékařů je mladších 45 let, dvě třetiny jich jsou ženského pohlaví. Ženy odcházejí do důchodu dříve než muži a je u nich větší fluktuace v zaměstnání v důsledku těhotenství či nemoci dětí. Ženy, které toto povolání vykonávají, ovšem obdivuji a vážím si jejich schopností a obětavosti,“ nastiňuje problémy přednosta Stomatologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze Jiří Mazánek.

## Situace bude kritická

Odborníci se ovšem neshodují v názoru, zda můžeme v nejbližších letech skutečně očekávat krizový scénář ve stomatologické péči. Podle profesora Mazánka už totiž počty studentů byly navýšeny na maximum. „Domnívám se proto, že v průběhu 5 let by v Česku mohlo dojít k naplnění stávajícího deficitu zubních lékařů,“ uvádí přednosta pražské kliniky.

Jeho kolegové ale často zastávají jiný názor s poukazem na stovky stomatologů, kteří míří do důchodu. „Pokud by se k dnešnímu dni zvýšil počet studentů, za pět let by se to projevilo, jestliže ale budeme reagovat pozdě, bude situace katastrofální,“ míní například přednosta Stomatologické kliniky LF UK a FN Plzeň Antonín Zicha. A podobný názor se ozývá také

z Brna. „Při současném zvyšování počtu studentů to do 5 let není úplně možné. Problém se teprve bude více projevovat,“ soudí přednosta Stomatologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně Jiří Vaněk.

## Počty studentů rostou

Nutno dodat, že fakulty se počty studentů snaží zvyšovat, jak jen to jde. V každé z pěti českých fakult, která zajišťuje výuku stomatologie, za poslední roky tato čísla stoupla, nižší je také „úmrtí“ při studiu. „Provedli jsme detailní rozbor možností výuky a vyšlo nám maximum 100 studentů v jednom ročníku. Toto číslo také přijímáme. Počet zájemců o studium zubního lékařství každý rok převyšuje kapacitu přibližně desetinásobně. Z toho vyplývá kvalita přijatých studentů. O té svědčí i fakt, že studium dokončí cca 90% z nich,“ popisuje situ-

aci v Olomouci přednosta tamní Kliniky zubního lékařství LF UP a FN Olomouc Miloš Špidlen. V Brně školu absolvuje zhruba 75 až 80% studentů.

## Kapacity nestačí

Stále rostoucí počty studentů se ale odráží i na samotné výuce. Prostory ani počty vyučujících nejsou dostatečné. „Jeden učitel má na starosti při praktické výuce třeba i sedm studentů, což je velké číslo. Studenti nemají možnost ordinovat v odpovídajícím prostředí,“ nastiňuje problémy Vaněk a dodává: „Zákon přitom určuje, že když absolvent ZL LF odpromuje, je v podstatě způsobilý k ordinacní činnosti a naší povinností je připravit ho na tuto činnost.“ Na nedostatečné kapacity si stěžují také sami studenti (viz článek „Nahradiť si praktikum je téměř nemožné“).

Michaela Svobodová

## Nahradiť si praktikum je téměř nemožné

Stomatologické kliniky nabírají stále více studentů, kapacitně na to ale nejsou příliš vybaveny. „V posluchárně je málo míst, nahradit si praktikum je téměř nemožné. Často na studenty dohlíží čerství absolventi nebo studenti z vyšších ročníků,“ popisuje své zkušenosti z LF MU v Brně její čerstvá absolventka Edita Prašková.

Výuka studentů zubního lékařství vyjde zhruba na 220 tisíc ročně, fakulty přitom dostávají přibližně polovinu. Je to na studiu znát? Šetřít se?

Studium zubního lékařství je samozřejmě nákladné jak pro stát, tak pro samotné studenty. Na praktická cvičení si musí kupovat nástroje, vrtáčky, zkušební umělé zuby a podobně. Což se za rok vyhoupe na pár tisíc korun a k tomu musíme připočítat klasické výdaje na ubytování a stravování. Každý rok se pro studenta náklady zvyšují, školy přispívají čím dál méně.

## Počty studentů rostou, přizpůsobují se tomu i kapacity?

Rozhodně ne, kapacity nejsou, v posluchárnách je málo míst a studentů nemají kde sedět. Také umělých „fantomů“, tedy simulátorů pacienta s umělými zuby, kde se nacvičují praktické dovednosti, je velmi málo a studenti musí čekat. Nahradiť si praktikum, třeba v případě nemoci, je téměř nemožné, protože učebny jsou neustále obsazené studenty z různých ročníků.

Problémy prý fakulty mají i se sháněním učitelů. Odráží se to nějak na kvalitě výuky?

Pokud mohu mluvit za Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity v Brně, myslím si, že dostatek asistentů pro praktickou výuku tu je. Otázkou je praxe a zkušenosti asistentů. Na studenty mnohdy dohlíží jejich kolegové z vyšších ročníků nebo čerství absolventi. Bohužel obdobně je tomu i na ostatních fakultách.

## Jaká je pozice absolventa poté, co zubní lékařství vystuduje? Může si vybírat?

Ano, nabídek je relativně dost. Záležejí hlavně na lokalitě, ve fakultních městech je o místa boj. Absolventi z Brna dojíždějí i do širokého okolí, protože sehnat zaměstnání přímo zde není jednoduché. Stejná situace je prý i v Olomouci a Plzni. Praha je na tom asi nejlépe. Opačná situace je v menších městech, kde je o zubaře i čerstvé absolventy velký zájem, nabízejí i ubytování a velmi dobré podmínky.

(msvo)

## Stomatologickým klinikám chybějí zkušenosti učitelé

Problémem přednostů stomatologických klinik lékařských fakult nejsou jen nízké platby za výuku studentů, ale také zajištění kvalitní výuky profesionálními učiteli. Ti totiž dávají přednost privátní praxi a z pedagogických postů často záhy odcházejí.

Univerzitní sektor nedokáže zkušeným stomatologům nabídnout to, co privátní praxe. A tak mladí lékaři odcházejí z přednáškových aul krátce po dokončení doktorandského studia, aby vydělali peníze v soukromých ordinacích. Z toho vyplývá také složení pedagogických sborů. „Je zde velký počet mladých a pak těch v důchodovém věku. Stále nám to cirkuluje,“ popisuje přednosta Stomatologické kliniky LF UK a FN Plzeň Antonín Zicha. Mladí odborníci tak na univerzitách působí jen dočasně. „Na všech lékařských fakultách v Česku dochází ke kritickému nedostatku pedagogů a postupně to zákonitě povede ke stále větším problémům se zajišťováním

kvalitní výuky,“ je přesvědčen přednosta Stomatologické kliniky 1. LF UK a VFN Jiří Mazánek i přednosta Stomatologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně Jiří Vaněk.

## Situaci zachraňuje částečný úvazek

Své zkušenosti s nedostatkem učitelů mají také v Olomouci, studenti zubního lékařství jich potřebují zhruba 80. „Část z nich pracuje jako part-time teacher, to znamená, že mají svoji privátní zubní praxi a na určitou část úvazku se podílejí na výuce. Jako velký a dlouhodobě neřešený problém vidím, že neustále stoupá počet starších pedagogů s největší erudicí, za které

při jejich odchodu do důchodu není připravena plnohodnotná náhrada. Je to dáno dlouhodobě velkým nepochopěním mezi výdělkem lékařů v privátní sféře a lékařů, především mladých, pracujících na klinickém pracovišti,“ shrnuje hlavní problém přednosta Kliniky zubního lékařství LF UP Miloš Špidlen.

I proto podle jeho kolegy Antonína Zichy nemá smysl budovat novou univerzitu jen pro stomatologu. Narazila by na stejný problém, se kterým se potýkají ty současné. Odborníci se shodují, že by se mělo spíše využít zkušených lékařů z terénu a všechny učitele studijních programů zubního lékařství lépe zaplatit.

(msvo)

# O možném odchodu Petra Bendy bude jednat ústecké zastupitelstvo

Návrh na odvolání prvního muže Krajské zdravotní, a. s., z funkce podal zastupitelům Ústeckého kraje tamní krajský výkonný výbor ČSSD. Podle jeho předsedy Arna Fišery Krajská zdravotní kvůli Bendovi prochází nezdárně velkým množstvím nepříjemných afér.

Předseda představenstva Krajské zdravotní (KZ) Petr Benda se brání. Podle něj jsou pokuty, které KZ v poslední době dostala, neoprávněné a společnost vykazuje zisk.

## Čas na kvalitní práci, ne politikaření

„Osoba Petra Bendy nepůsobí v představenstvu KZ dobře. Aféry kolem této společnosti donutily výbor k vnitřní diskusi, po níž jsme jednomyslně došli k závěru, že by na tomto postu mělo dojít ke změně,“ řekl Zdravotnickým novinám předseda krajského výkonného výboru ČSSD v Ústeckém kraji Arno Fišera. Spolu s výborem se domnívá, že není vhodné, aby KZ vedl politik, navíc bez příslušného vzdělání. „Jednomyslně převládá názor, že organizaci, která je jedním z největších zaměstnavatelů v kraji, by měl vést odborník

ve zdravotnictví, ne politik. V této společnosti není čas na politikaření, ale na kvalitní práci. Není ani na místě chlubit se kladným hospodařením, protože tato organizace není zřízena proto, aby generovala zisk. Samozřejmě musí dobře hospodařit, ale stejně tak je důležité zkvalitňovat zdravotní péči,“ domnívá se Fišera.

Výsledek jednání krajských zastupitelů, které proběhne koncem června, však nechce předjímat. Není ani jasné, kdo by na Bendův post mohl nastoupit, navíc kandidáta musí schválit koaliční partneři. Ústecký zastupitel za ODS Josef Kubal, který je zároveň členem krajské zdravotní komise, svůj názor na Bendovo odvolání vyslovit nechtěl. „Dobrý dojem z toho nemám, ale potřebuji znát další detaily. Budu se řídit většinovým názorem klubu,

a protože jsme to zatím v klubu neprojednávali, nebudu se k tomu dál vyjadřovat. Pokud se však klub ODS přikloní k názoru klubu ČSSD, nebudu proti,“ uvedl Kubal pro Zdravotnické noviny.

## Krajská zdravotní: Pokuty nám nepatří

Mezi aféry, které ústecké politiky přiměly k tomu, aby se situací okolo KZ zabývali, patří také dvě pokuty od Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (ÚHOS) v celkové výši 900 tisíc korun. Vedení KZ ovšem s pokutami nesohlasí a podalo na ÚHOS právní rozbor. „Jedna pokuta, ve výši 700 tisíc korun, byla udělena v souvislosti s realizovanou veřejnou zakázkou s názvem „Doplnění zdravotnického zařízení a přístrojů – Krajská zdravotní, a. s.“. V době přípravy této za-



Arno Fišera

kázky, v průběhu výběru firmy a podpisu smlouvy dne 8. 12. 2008 jsem nebyl předsedou ani členem představenstva KZ. Členem jsem se stal 17. 12. 2008. Zcela logicky za ni tedy nemohu nést žádnou odpovědnost,“ říká na svou obranu Petr Benda. Druhou pokutu, ve výši 200 tisíc korun, KZ dostala za zakázku na dodávku šicích strojů, kterou společnost podepsala v létě roku 2009, kdy ji

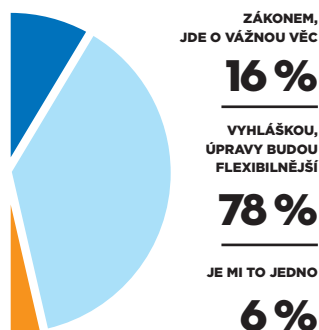
Benda již vedl. „Proti rozhodnutí ÚOHS KZ podala v zákonné lhůtě podrobný rozklad. Na základě všech uvedených skutečností, popsaných ve svých odvoláních, KZ navrhuje, aby předseda ÚHOS rozhodnutí v plném rozsahu zrušil,“ upřesňuje Benda a poukazuje na fakt, že administraci obou sporných výběrových řízení prováděla společnost Vaharina. S tou KZ uzavřela smlouvu v létě 2008, tedy opět před Bendovým nástupem do představenstva KZ. „V případě, že by pokuty byly úřadem potvrzeny, budeme jejich zaplacení požadovat po této společnosti,“ dodává Petr Benda.

Návrh krajského výkonného výboru ČSSD na své odvolání komentovat nechce. Zato poukazuje na to, že ze závěrů hospodaření za rok 2010 vyplývá, že KZ hospodářila s kladným výsledkem ve výši 62 milionů Kč, přičemž rozsah struktura a poskytování zdravotní péče občanům Ústeckého kraje v ekonomicky nelehkém období roku 2010 podle něj zůstaly zachovány.

Petra Klusáková

## GRAF ZDN

### MĚLA BY BÝT DEFINICE STANDARDU A NADSTANDARDU UPRAVENA ZÁKONEM, NEBO VYHLÁŠKOU?



ODPOVĚĎALO 51 RESPONDENTŮ (ZDROJ: WWW.ZDN.CZ)

## ICRC bude, nová brněnská porodnice zatím ne

Peníze na nové investice ve zdravotnictví nejsou, ale Mezinárodní středisko klinického výzkumu (ICRC) přece jenom stát bude. Finanční omezení se naopak dotkne například plánované stavby nové porodnice FN Brno, která se zatím neuskuteční.

Podle původních plánů se v areálu FN Brno měla postavit nová porodnice, do které by se přestěhovaly kliniky a oddělení z již zastaralého objektu na Obilním trhu ve středu Brna. Strategická investice ve výši cca 1,5 miliardy korun, kterou by měl stát do stavby vložit, se během příštích dvou let neuskuteční. „Peníze v rozpočtu na nové investice nejsou. V této souvislosti se dá mluvit o šesti brněnském zdravotnictví, proto-

že finance na stavbu ICRC, které se již letos stavět začalo, přece jen budou,“ řekl ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Ředitel FN Brno Roman Kraus na otázku, zda by nemocnice nemohla alespoň částečně hradit stavbu porodnice ze svých zdrojů, uvedl, že to není reálné. „Každý rok musíme investovat do obnovy přístrojů a také udržovacích stavebních prací desítky milionů korun. Našetřit na novou porodnici za sou-

časných podmínek možné není,“ dodal Kraus.

## Ve stomatologii systém funguje

Na setkání se zaměstnanci ústavu ministr Heger představil podobu zdravotnické reformy. Hned v úvodu řekl, že reforma nedělá péči na chudou pro nejnižší vrstvy a bohatou za poplatek. „Hodně se na podobných dezinformacích podílí média. Můžeme se ale podívat

na stomatologii, kde tento systém funguje a příplácení za lepší péči je obvyklé,“ pokračoval Heger. Doplnil, že právě při doplácení by ztratila smysl korupce, se kterou je zdravotnictví podle jeho slov stále spojováno. „Omezené nadstandardy lidem umožní zaplatit si pohodlí a luxus,“ uvedl ministr.

Závěrem popsal současnou situaci v zdravotnictví. „Nikdo není spokojen. Zdravotníci kvůli výplatám, nemocnice kvůli málu peněz na nové přístroje a pojišťovny kvůli tomu, že nemohou dávat peníze tam, kde by si větší péči přály,“ popsal situaci Leoš Heger. Mezi nemocnicemi se podle něj v minulosti rozhořela divoká soutěž o lepší a dražší přístroje. Kdo byl hlasitější, ten získal víc. „Tento stav by měla korigovat přístrojová komise na ministerstvu, kterou mím zřídit. Komise by posuzovala potřebnost jednotlivých nákupů,“ uzavřel.

Martin Ježek

# Plzeňský holding: Úspory jsme již zajistili

Zdravotnický holding funguje v Plzeňském kraji již přes půl roku. Větší nemocnice regionu jsou sice všechny ve ztrátě, podle jeho šéfa Jiřího Fojtíka již ale fungování holdingu přineslo úspory.

Zdravotnický holding si nechal vypracovat finanční a právní analýzu hospodaření krajských nemocnic. Hlavním cílem je zhodnotit současný stav a navrhnout opti-

mální variantu jejich provozování v budoucích letech. Finanční situace krajských zdravotnických zařízení je totiž dlouhodobě neudržitelná a každý rok vykazují velké ztráty. Letošní predikovaná ztráta je vyčíslena na téměř 170 milionů Kč.

Kraj si od vytvoření holdingu sliboval právě efektivnější hospodaření. „Zdravotnická zařízení většího mají zájem na velké expanzi. Ale to není příliš efektivní. My srovnáváme referenční hodnoty všech nemocnic, máme zpracovaný lůžkový fond šesti zařízení a vyvíjíme tlak na efektivitu,“ zdůrazňuje výhody holdingu Fojtík.

## Úspora 110 milionů

Jiří Fojtík dodává, že to byl právě holding, který upozornil na možnost úspory při rekonstrukci areá-

lu ve FN Plzeň. Původní plán z roku 2007 totiž počítal s tím, že se bude stavět ještě jeden objekt. „Dospěli jsme k tomu, že péči bychom dokázali plně zabezpečit v celém rozsahu i v objektu, který se již postavil. V podstatě jsme našli řešení jak zajistit péči v jednom objektu. To vedlo k úspoře ve výši 110 milionů korun na investičních nákladech a ročně se uspoří nejméně 10 milionů na provozních nákladech,“ uvedl Fojtík. Pokud by nebylo holdingu a nemocnice by pracovala pouze se svými daty, ke změně návrhu by dle něj nedošlo.

Koordinátor výstavby z krajského úřadu Roman Dohnal však tvrdí, že cestu jak ušetřit se snažil najít také kraj. „Některá oddělení se podařilo včlenit do první výstavby,“ doplnil Dohnal. (msvo)



Ilustrační foto: www.alluap.com

## Klaus podepsal konec plošného očkování proti TBC

Prezident Václav Klaus předminulý týden podepsal novelu zákona o veřejném zdraví, kterou končí plošné očkování dětí proti tuberkulóze (TBC).

Novela, kterou senát schválil na konci dubna, v případě očkování dětí proti TBC jen potvrzuje stav, který v praxi loni zavedla vyhláška ministerstva zdravotnictví. Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera totiž míra zátěže oč-

kováním v současnosti převažuje nad riziky nákazy. Dříve bylo očkování proti TBC přínosné, protože možnost nákazy byla daleko vyšší.

Již nyní se proti TBC neočkují všichni novorozenci. Vakcinaci

dostávají děti, které patří do rizikových skupin, tedy ty, jejichž rodiče pobývali v zemích s vysokým výskytem TBC, s pacientem byly v kontaktu, případně se nemoc v minulosti objevila v jejich rodině. (op)

## Nemocnice Kyjov zlepšila hospodaření

Kyjovská nemocnice, kam nedávno nastoupil krizový management, zlepšila hospodaření. V lednu až dubnu hospodařila se ztrátou ve výši 1,3 milionu Kč, loni za stejné období hospodaření skončilo v minusu 7,3 mil.

Nemocnice dosáhla úspor hlavně díky efektivnějšímu využívání léků a zdravotnického materiálu, uvedl její ředitel Josef Pejchl, který je ve funkci od loňského listopadu. K tomuto výsledku došla poměrně tvr-

dými opatřeními, která musel nastavit nový management. „Zastavili jsme například obrovské plýtvání s léky a spotřebním zdravotnickým materiálem,“ upřesnil Pejchl. Dodal, že právníci nyní pro nemocnici pro-

věřují výhodnost některých starších smluv. „Pokud se ukáže, že podmínky v nich uvedené jsou pro nemocnici nevýhodné, okamžitě budou zrušeny,“ dodal ředitel. (ČTK)

## Zájem lékařů o práci v cizině slábne

Zájem lékařů o práci v cizině je menší – na dvoudenní mezinárodní Job veletrh lékařství a zdraví v Praze přišlo přibližně 1200 lidí, zatímco v loňském roce jich bylo 5000.

„Na veletrh přišli hlavně starší lékaři, zkušení, s němčinou,“ řekla organizátorka akce Zlata Stašková z Agentury RTK international. Návštěvníci si mohli vybírat z nabídky 47 německých klinik a tří velkých personálních agentur z Německa, které zprostředkovávají práci po celé Evropě. Každá klinika nabízela deset až patnáct míst. Loni vyplnilo dotazník přes 5000 doktorů, nakonec do ciziny odešla stovka.

### Engel: Menší zájem je dán jarním termínem

Zájem českých lékařů o práci v cizině podle předsedy Lékařského odborového klubu – Sdružení čes-

kých lékařů Martina Engela trochu opadl po úspěšné protestní akci „Děkujeme, odcházíme“. Díky ní lékaři dosáhli zvýšení svých platů o 5 až 8 tisíc korun a v roce 2013 mají mít trojnásobek průměrného platu v zemi. Engel ale připustil, že menší zájem je dán i jarním termínem, kdy nechodí tolik studentů.

„Největší zájem je o lékaře bez atestace, tu jim v Německu zaplatí, pak také o ortopedy, anesteziology a zdravotní sestry,“ vysvětlila Stašková s tím, že zástupci klinik odjízďděli vesměs spokojení, protože nasbírali potřebné kontakty.

(op)

## Ztráta nemocnic Pardubického kraje

Pět nemocnic vlastněných Pardubickým krajem v minulém roce skončilo s mnohem větší ztrátou, než původně počítaly. Namísto očekávané ztráty ve výši 81 milionů Kč jejich hospodaření skončilo výsledkem minus 171 milionů.

Výjimkou jsou nemocnice v Chrudimi a Svitavách, kterým se finanční plány podařilo dodržet, a dokonce mírně zlepšit, i když stále zůstávají v červených číslech. Ani letos se zřejmě výsledky zdravotnických zařízení příliš k lepšímu nezmění. Největší podíl na loňských ztrátách má Pardubická krajská nemocnice (PKN). Místo plánované ztráty ve výši 27 milionů Kč skončila na konci roku s výsledkem minus 97 milionů, což je více než polovina celkových ztrát nemocnic v kraji.

„Vliv na to mělo více faktorů. Kromě růstu mezd například úhradová vyhláška, která nastavila platby podle roku 2008, kdy byly nízké výkony spojené s tehdejšími odchodem personálu,“ řekla krajská radní pro zdravotnictví Markéta Taubertová (ČSSD). Podle ní však ztráta krajské nemocnice v porovnání s jejím obrátem není tak hrozivá. Hluboko pod plánovanými výsledky skončily z podobných příčin také nemocnice v Litomyšli a Ústí nad Orlicí. (op, ČTK)



Pardubická krajská nemocnice. Foto: archiv nemocnice

# Lidé se musí naučit systém DRG používat

Ministerstvo zdravotnictví chce, aby nemocnice od příštího roku přešly na nový způsob plateb za diagnózu pomocí klasifikačního systému DRG. O co se jedná, Zdravotnickým novinám vysvětlil ředitel Národního referenčního centra, které má přípravu DRG v popisu práce, Ing. Pavel Kožený, Ph.D.

## Mohl byste blíže vysvětlit, co znamená pojem DRG?

DRG je klasifikační systém, který spočívá v tom, že se pacienti s podobnou diagnózou a s podobnými náklady za léčbu soustředí do jedné diagnostické skupiny. Zjednodušeně řečeno DRG (*Diagnostic Related Groups*) je něco mezi výkonovou a paušální úhradou. Na jednom břehu si můžeme představit výkonovou úhradu, kdy nemocnice dostane zaplacenou přesně za ty výkony, které na pacientovi provede, na druhém břehu řeky je stav, kdy má nemocnice k dispozici určitý paušál, a ať za něj udělá, co udělá, dostane vždy stejný balík peněz. Myslím si, že i když jsou obě dvě varianty možné (a v České republice již obě dvě zavedeny byly), určitě nejsou zcela optimální a je třeba do té řeky vstoupit a najít něco mezi tím. Právě DRG jako klasifikační systém *case mix* (= index průměrné spotřeby zdrojů na jeden případ pro definovanou jednotku, například nemocnici, kraj, ČR, a období, například rok) je tím, co se na té řece nachází zhruba uprostřed - hraje se výkonově za jednu paušální jednotku.

Tento systém byl vymyšlen v USA v 70. letech minulého století. Většina zdravotnických systémů, které pracují s casemixovými patientskými klasifikacemi, adaptuje DRG na své národní prostředí. Nepředstavujeme si tedy DRG jako nový přístup, který se zavádí od základu, je to pouze manažerská nadstavba nad současným systémem, kdy primární klasifikace, které se nyní používají pro popis zdravotní péče, jsou Seznam výkonů s bodovými hodnotami a Mezinárodní seznam nemocí (MKN 10). Na základě těchto dvou klasifikací se vytváří DRG systém, který se v současnosti používá. V České republice se nyní testuje IR DRG, který ministerstvo zdra-

votnictví v roce 2002 smluvně dostalo od firmy 3M.

## Je tento systém vhodný pro všechny typy nemocnic?

Vzhledem k tomu, že vychází ze základních klasifikací seznamů výkonů a diagnóz, který používá každá nemocnice, se DRG hodí pro jakékoli zařízení, jež má statisticky významný počet pacientů. Každá nemocnice se s nějakým klasifikačním systémem již seznámila, protože na zkušební úrovni se tu experimentuje delší dobu. Nejen od roku 2002, ale i před tím, od roku 1996, se zdravotnická veřejnost s tímto systémem seznamovala, když tu probíhaly pokusy Všeobecné zdravotní pojišťovny.

## Šlo by tento systém aplikovat i v ambulantní sféře?

Pro ambulantní část je rovněž dobře aplikovatelný. Když existují přesahy mezi lůžkovou a ambulantní částí jednodenní chirurgie nebo jednodenní péče, je vhodné, aby tato péče byla klasifikována stejným DRG systémem, protože tím vznikne měkká hranice mezi těmito dvěma světy. Díky tomu by DRG mohl být využíván jako nástroj k přesouvání péče tam, kde je výhodnější.

## Je naplánován nějaký konkrétní termín zavedení?

V současné chvíli se se zaváděním do ambulantní sféry nepočítá. Nicméně již máme částečné zkušenosti s tím, že i systém, který je připravován pro nemocniční fungování, v sobě má ve vyšších verzích zabudovanou část pro ambulance. Takže předpokládám, že v horizontu delším než jeden rok se DRG prolomí i do ambulantní sféry. A ve světě existují například i systémy, které fungují pro následnou péči, takže DRG lze použít opravdu téměř na všechno.

## Jak se DRG prakticky implementuje do systému?

DRG je možné koupit, avšak aby byl zaveden do praxe, je třeba, aby se neustále rozvíjel. Dá se koupit hardware, software, *know-how*, ale lidé se jej musí naučit používat. Teprve když jsou splněny tyto podmínky, můžeme říct, že se jedná o úspěšně zavedený systém. S klasifikacemi je to tak, že se musí vynaložit dostatečný čas a prostředky na vzdělávání jednotlivých lidí, kteří budou se systémem nadále pracovat.

Implementace DRG nyní v České republice dosáhla tak vysoké úrovně, že už jsme schopni jej překloupat z pilotního testování do tvrdého provozu, protože u nás byl přípravám věnován dostatečně dlouhý čas.

## Má systém nějaké odpůrce?

Ministerstvo na tiskové konferenci uvedlo, že do úhradové vyhlášky dá jeden majoritní úhradový mechanismus a tím bude systém DRG. DRG není primárně určen k úhradě, ale k tomu, že má jednotlivé případy klasifikovat k dalším účelům. Úhrada je jen jedním z nich, dalším účelem je například porovnávání. To, že se za to platí, je jen jedna podmnožina této klasifikace. Když se úhradový systém touto cestou zefektivní a z jednoho balíku se peníze přesunou tam, kde jich je třeba a jsou lépe využívány, může nastat nevole u těch, u nichž se prokáže, že jednali neehospodárně. Proto tento systém může mít i své kritiky. Jejich hlas bude sílit, až bude systém zaveden, alespoň takové s tím máme zkušenosti. Nicméně bych touto cestou vyzval i příznivce, kterým systém pomůže při řízení nemocnic nebo při organizování a zefektivňování provozu, aby se k tomu přihlásili - aby nebyli vidět jen kritici, ale i ti, kteří systém podporují.



Foto: archiv

## Jaké má systém DRG cíle?

DRG v principu pracuje s ekonomickými a klinickými daty, plošně zavedení proto ve svém důsledku určitě zlepší vykazování. Bude mít pozitivní vliv na to, že se rozšíří počet zdravotnických zařízení, jež budou mít jednotnější účetní osnovu, lepší se vykazování. A pokud se správně nastaví i legislativa, která na to navazuje, nastane proces, kdy se začne vykazovat přesně to, co se provedlo. Měla by se tudíž eliminovat dvojkolejnost typu: „Teď to vykážeme pro pojišťovnu, teď pro ÚZIS, teď to vykážeme tam a tam...“ Celý proces povede k tomu, že bude jen jedno správné vykazování a z toho se budou odebírat data do všech statistik, kde jich je třeba.

## Jak je implementaci nakloněna naše legislativa?

Současné zakotvení DRG v legislativě není optimální. Jako první krok jsou připraveny návrhy ministerstva zdravotnictví a podle nich je velmi vhodné zakotvení klasifikačního systému tak, aby se DRG dostal na úroveň seznamu výkonů. Druhým krokem by mělo být nastavení datových toků, které zajistí správný rozvoj klasifikačního systému tak, aby se daly počítat všechny parametry, jež v sobě DRG zahrnuje.

## Má DRG nějaká rizika?

Rizika zde jsou, ostatně jako u každé činnosti. Stěžejním rizikem je nepochopení jeho principu a jeho zavedení. Technická rizika spočívají ve správném nastavení metodického procesu sledování a kódování - takzvaný *upcoding* je činnost, kdy dojde k tomu, že zdravotnické zařízení vykáže více, než bylo uděláno, i když cílem zavedení DRG je, aby se vykazovala pravda.

## Jaké máte zkušenosti s DRG v zahraničí?

Naší největší inspirací je Německo, kde proces přípravy zavádění a implementace DRG trval více než 5 let. Vzorem je u nich pro nás nejen legislativní, ale i institucionální ukotvení. O německé DRG se stará instituce INEC. Dalšími státy v Evropě, které jej používají, jsou Francie, Velká Británie (zde se nazývá HRG) a Švýcarsko, které je ve své podstatě na podobné úrovni jako Česká republika - i oni nyní již mají DRG částečně zavedené ve svém systému. Obecně se dá konstatovat, že každý systém zdravotního pojištění má nějaký casemixový klasifikační systém typu DRG, který používá k popisu nebo k úhradám.

# Strach má velké oči

**MUDr. Petr Strach** je chirurg. Pracuje v Nemocnici Hořovice, ve své ambulanci v Řevnicích a slouží také jako lékař Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje.



Foto: Leoš Chodura

## Jak to všechno stíháte?

Stíhat se to dá, záleží na tom, jak jsou rozepsané služby. Vždycky tak v polovině měsíce strávím několik hodin čistého času tím, abych mezi sebou všechno poladil. To znamená, že na záchrance sloužím 12hodinové, případně 24hodinové směny, nějaké služby vezmu v nemocnici, pravidelně každé úterý tam operuji, dvakrát až třikrát týdně tam mám odpovědně ještě ambulanci. Skloubit to jde, musíte si umět poradit.

## Proč toho máte tolik? Neuvažoval jste někdy o tom, že byste věnoval jen jednomu z těchto úvazků?

Jako čerstvý absolvent fakulty jsem měl samozřejmě jeden úvazek – nastoupil jsem do Nemocnice Hořovice na chirurgii. Ale nemocniční medicína s sebou tradičně nese i přesčasy. Nejen kvůli tomu, aby někdo udělal ten velký objem rutinní práce, ale i proto, aby mladí lékaři touto cestou získávali zkušenosti. Takže pravidelně zůstávají v nemocnicích celou noc a druhý den často normálně pokračují s tím, že třeba o víkend je to jedna čtyřladvácíka nebo dvě za sebou a v pondělí se za-

se operuje... Takhle hezky plynule a bez přestávky.

## Jak to můžete vydržet?

Člověk si na to svým způsobem zvykne. A i když se potom z nemocničního systému vytrhne, částečně na záchranku, částečně ve prospěch své soukromé ambulance, ten režim už je v něm a je na něj zvyklý.

## Která z vašich různorodých činností vás baví nejvíc?

To se nedá říct takhle jednoduše. Akutní medicína je stresující, ale kdyby mě nebavila, utekl bych od ní hned na začátku. A ambulance v Řevnicích je pro změnu klidná.

## Jaké výkony ve své ambulanci provádíte?

V ambulancích, ať již jde o nemocniční nebo privátní, která je menší a příjemnější, můžeme dělat jen malé chirurgické výkony v místním umrtvení, protože tam není zázemí na velké operace, například přítomnost anesteziologa a také příslušné vybavení pro případ komplikací.

## Využíváte při práci v ambulanci sestru?

Chirurg sestřičku nutně potřebuje, bez ní to není schůdné. Jde to jen v opravdu výjimečných případech, když třeba na poslední chvíli onemocní. To je ale vyslovená „krizovka“, kdy ošetřím opravdu jen ty nejnnutnější pacienty a ostatním se slušně omluvím. Jinak to nejde. Odvést práci za dva lidi tady skutečně není možné, v tu chvíli si lékař uvědomí, jak je práce sestry neocenitelná.

## Všechny chirurgické ambulanti výkony vám platí zdravotní pojišťovny?

Úplně všechny ne, ale v chirurgii se dá říct, že většinou výkonů se do sazebníku pojišťovny střídáme. Je to neustálé hledání, který výkon za jakých podmínek si můžeme dovolit. Některé máme nasmlouvané jen s některými pojišťovnami, jiné můžeme provádět jen v omezeném množství, další můžeme použít jen při určité diagnóze a tak dále.

## Pomalu se dostáváme k administrativě. Ambulantní chirurg má asi více administrativy než třeba lékař na záchrance...

Teoreticky ano, ale prakticky je i na záchrance kupodivu administra-

tivy dost. Ještě více jí ovšem přibývá v nemocnici, kde je to dané splněním kritérií mezinárodních akreditací a podobně. Pro mě je jí samozřejmě nejvíc kolem ambulance, kde musím vykazovat všechny výkony pojišťovně, všechno mít podložené zprávami pro pacienty, zaznamenané kódy výkonů, neustále v tom hledat a opravovat chyby. A vzhledem k tomu, že ambulance je moje, musím také zajišťovat kompletní zásobování materiálem – samozřejmě ve spolupráci se sestrou. Chirurg přece jen potřebuje daleko více materiálu než třeba praktický lékař. Někdy je to docela honička...

## Jaké vybavení potřebuje chirurgická ambulance?

Právě že skoro takové jako nemocnice. Ono se to nezdá, ale kromě přístrojů vlastně musíme poskytovat stejný servis jako nemocniční ambulance, tedy veškerý komfort a spoustu položek, které musíme mít k dispozici: obvazový materiál, drobné chirurgické nástroje, sádky a podobně. Materiál samozřejmě musí být stále čerstvý. V podstatě jsme pořád stoprocentně připraveni, byť provádíme jen malé výkony.

## Když jste si pořizoval ambulanci, bylo její zařizování natolik nákladné, že jste si třeba musel vzít úvěr?

Já měl to štěstí, že jsem ambulanci víceméně zdědil, což sice oficiálně nejde, ale tady se jednalo o převzetí. Ambulance fungovala jako nemocniční (nebo pod nemocnicí) a pak se převáděl její statut, ale technicky v ní již základní vybavení bylo. Jednalo se spíše o doplnění a rozšíření, což je trvalý proces, protože medicína se vyvíjí, přicházejí nové materiály, technologie, místo klasických sáder se dnes více dávají plastové... Je to takový nekonečný příběh, být v menším. V nemocnici je tohle všechno samozřejmě dramatičtější.

## Máte smlouvu se všemi zdravotními pojišťovnami?

Mám smlouvu s těmi, které jsou v daném regionu častější. Naše zdravotnické zařízení v Řevnicích funguje na bázi spolupráce několika různých odborností, což znamená, že jsem se v tomto ohledu přizpůsobil kolegům, kteří zde již byli zavedeni.

## Musíte s pojišťovnami často řešit administrativní problémy?

Když mi ve výkazu najdou dvě tři chyby, samozřejmě mě to nezbije a snažím se to opravit. Ale hledáním té chyby a vymýšlením jak to přístě udělat ztratím

spoustu času. Člověk se ptá: Proč? Mám tohle zapotřebí? Když se objeví nějaký problém s pojišťovnou, musím všeho nechat a začít řešit, telefonovat, znovu poslat výkaz s opravami. Někdy je to jen drobný překlep, člověka ale stojí strašného času, než třeba najde to správné číslo; stačí, když pacient předloží špatnou kartičku pojištěnce. Nechápu, proč má takové administrativní maličkosti řešit lékař. Proč se tím má zabývat vysokoškolsky vzdělaný člověk? Podobné věci by si pojišťovny měly nějak vyřešit, mít na to jednoduché mechanismy. Bývají to drobnosti, které ale odvádějí pozornost od práce a od soustředění na ni a hlavně okrádají o čas, který by zdravotník mohl věnovat třeba studiu odborné literatury nebo svým pacientům.

## Také se vám stává, že překročíte limit?

Člověk musí už dopředu počítat s tím, že se vlastně do limitu nikdy nemůže vejít. Na chirurgii stačí jeden větší úraz a už může být problém...

## Můžete popsat svůj běžný pracovní den?

Začne tím, že běžnou pracovní dobu strávím v Hořovicích na sále a po ní si „odskočím“ do své soukromé ambulance, takže tak od tří do večera se věnuji svým pacientům. Někteří chodí na kontroly, na převazy, s drobnými úrazy a s běžnou chirurgickou problematikou na vyšetření, ať již úrazových či pooperačních stavů. Na večer si zvu pacienty na drobné výkony. Kolik jich objednáme, tolik jich ošetříme. Někdy končíme docela pozdě večer, v zimě za tmy.

## Jak tedy potom vypadá váš běžný pracovní týden? Je v moci jednoho člověka všechno zvládnout?

Tak vezmu třeba minulý týden. Otevřu si diář, jestli si to ještě pamatuju: V pondělí ráno jsem nastoupil službu na záchrance, tam jsem skončil v úterý ráno, dal si kafe a šel na operační sál, kde jsem byl do odpoledne. Pak ambulance, kde jsem ordinoval do večera. Trochu jsem se zregeneroval, vyspal se, ve středu zvládl několik výkonů objednaných do ambulance – samozřejmě se to malinko protáhlo a byl jsem tam opět do večera. Ve čtvrtek na mě na záchrance „zbyla“ jenom noční, a pak už byl pátek – po obědě zase do své ambulance, kde jsme končili tentokrát celkem dobře, ještě za světla. O víkend pak buď služba na záchrance, nebo v nemocnici, tentokrát na mě konkrétně vyšla sobotní na



## AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

ambulanci v nemocnici v Berouně. Teď spolu mluvíme v neděli a já si díky tomu uvědomuji, jak ten týden vlastně rychle utekl!

**V našem zdravotnictví to občas vypadá, že všichni jdou proti všem: Záchranáři si připadají nedocenení, nemocniční lékaři závidějí ambulantním specialistům jejich výdělky a lékaři z ambulancí zase říkají, že kolegové v nemocnicích se nemusejí o nic starat a mají svůj příjem jistý. Vy vlastně zastupujete všechny tři segmenty zároveň. Kdo se tedy má nejlépe?**

Nechci ze sebe dělat zkušeného pozorovatele českého zdravotnictví, ale z toho mála, co o tom vím, jsem získal pocit, že by se na to hodilo klasické latinské přísloví: *Divide et impera*. Rozkol mezi zdravotníky, tedy mezi lékaři a sestrami nebo lékaři v nemocnicích a ambulantními specialisty, který vybíjí jejich energii, se určitě někomu hodí...

**Co vás dokáže v práci nejlépe rozčítit?**

Lidská blbost spolehlivě rozčítí vřdycky. Smutné jsou chvíle, kdy stačí jeden nepříjemně se chova-



Foto: Leoš Chodura

jící pacient a zkazí nejen náladu, ale i pohled na lékaře či na medicínu dalším deseti pacientům. Prostě jeden protivný, dlouho čekající a špatně to nesoucí člověk pokazí dobrý pocit z veškerého snažení za celý den. Rozhodí určitý časový plán, klid i celkovou atmosféru v čekárně i v ambulanci. Je to škoda, ale menšina v tom-

to případě dokáže otrávit práci a náladu většině, což je nefér.

**Díky tomu, že operujete také v nemocnici, si udržujete kontakt s větší chirurgií. Specializujete se na některou její podoblast?**

Nemocnice menšího typu, dříve chápaná jako okresní, poskytu-

je veškerý běžný chirurgický servis s výjimkou specialit, například neurochirurgických či srdečních. Někteří moji kolegové se více zaměřují třeba na operace žil, oblast břišní chirurgie či (spolu s ortopedy) na úrazovou chirurgii. Mně zbyla problematika ambulantní chirurgie a běžné chirurgické operativy. Nejčastější jsou

výkony v dutině břišní – operace žlučníku, kýl, zánětů či nádorů. Z těch akutních je nejčastější appendicitida, dále operace střev pro jejich usknutí či neprůchodnost. Mimo břišní dutinu nejčastěji operujeme měkké tkáně, žíly a podobně.

**Jste chirurg a jmenujete se Strach. Myslíte, že se to nějak projevuje ve vztahu pacientů k vám?**

Nemám ten pocit. V Řevnicích se mnou spolupracuje sestřička, která se jmenuje Hrubá. Myslím, že dvojice doktor Strach a sestra Hrubá je tam docela populární, a doufám, že v pozitivním slova smyslu.

**Váš bratr Jiří je režisér a herec. Když vás při našem povídání pozorují, svou gestikulací mi připadáte také jako herec-komik. Oceňují pacienti váš smysl pro humor?**

Nechtěl bych, aby to vyznělo, že chirurg má být komikem. Ale soudím, že obzvláště v ambulantní péči, kde lidé nejsou pod narkózou, je lepší, když je veselo. Takže opravdu snad raději ta komedie než tragédie. **Markéta Milkšová**

Inzerce A111000762

# ZALDIAR®

## Efektivní a bezpečná úleva od bolesti

### ✓ Vhodný jako monoterapie

- Akutní i chronická bolest<sup>1-5</sup>

### ✓ Vhodný do kombinace

- S NSA při exacerbaci zánětu<sup>1-10</sup>
- Se silnými opiody u průlomové bolesti<sup>1,3,7,9</sup>

### ✓ Pro široké spektrum pacientů



**Zkrácená informace o přípravku:** Složení: Tramadol hydrochloridum 37,5 mg; paracetamol 325 mg v 1 potahované tabletě. **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 MAD 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 nálady, poruchy spánku, pocení, pruritus. **Interakce:** Kombinace s inhibitory MAD 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) Kršiak 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. Remedica 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



## NÁZORY

# Veterinární služba je součástí péče o veřejné zdraví

Lidské zdraví je neoddělitelně spjata se zdravím zvířat. Péče o zdraví trojice „lidé – zvířata – životní prostředí“ je cesta k lepšímu zdravotnímu stavu lidí.

Ochrana veřejného zdraví je nejdůležitější náplní práce veterinářů. Zvířata (domácí, hospodářská i volně žijící) jsou hlavním zdrojem patogenů podílejících se na vzniku nemocí z potravin. Veterináři kontrolují časový úsek vertikály od narození zvířete až po prodej masa z něj ke kulinárnímu uplatnění a ke spotřebě. Rozhodující je veterinární hygienická prohlídka poražených zvířat na jatcích. V chovech hospodářských zvířat se zaměřují na léčbu a prevenci nemocí domácích i divoce žijících zvířat.

Úkolem veterinární medicíny je chránit a zlepšovat zdraví a pohodu zvířat a chránit lidi před nemocemi přenosnými ze zvířat na člověka. Jedná se o aktivní péči o zdraví zvířat. Vychází se z toho, že jediné zdravé zvíře je schopné dosáhnout vysoké užitkovosti. Potraviny živočišného původu patří mezi nejrizikovější a nejsledovanější z hlediska ochrany zdraví spotřebitelů. Zákon o potravinách zavazuje producenty, zpracovatele, distributory a prodejce masa, aby garantovali jeho zdravotní nezávadnost.

## Jeden svět

Ve vyspělých a rozvojových zemích se do značné míry liší hlavní příčiny smrti. V rozvojových zemích jsou stále daleko nejvýznamnější příčinou smrti infekční a parazitické choroby. Rozvojové země na druhé straně nejsou tolik zasaženy civilizačními chorobami jako země rozvinuté a kombinace tvrdé práce a horší výživy zároveň vede k větší odolnosti organismu. Situace především ve venkovských oblastech rozvojových zemí je ovšem podobná stavu evropské populace od konce 18. do počátku 20. století, tedy před všemi významnými pokroky v medicíně a úspěchy v boji s infekčními chorobami. Ve 20. století, zejména v jeho druhé polovině, se ve vyspělých státech podařilo významně eliminovat výskyt infekčních onemocnění.

U nás se na eliminaci nebezpečných zoonóz (antropozoonóz) podílela zejména veterinární služba. V minulém století se podařilo potlačit klasické zoonózy tj. brucelózu, vzteklinu, antrax, voz-

řivku, tuberkulózu, tasemnice, trichinely, trichofitózu. Snížil se výskyt většiny ostatních zoonóz a intoxikací z potravin.

## Zdroje původců nákaz

Základní podmínkou pro šíření nákazy je zdroj jejího původce. Zdrojem přenosné nákazy může být buď člověk, nebo zvíře. V něm původci nákazy přežívají, rozmnožují se v něm a vylučují se z něj. Člověk i zvíře mohou být zdrojem nákazy buď jako akutně nemocní, nebo jako nosiči (někdy tzv. bacilonosiči).

Podle způsobu přenosu můžeme infekce a otravy z potravin rozdělit do tří skupin:

**1. Antropozoonózy.** U této skupiny infekcí přenos probíhá z člověka na člověka. Zdravý jedinec se nakazí při nedostatečné osobní hygieně, většinou znečištěnými rukama nebo kontaminovanými potravinami či vodou.

**2. Zoonózy (antropozoonózy)** jsou nákazy zvířat (obratlovců), které jsou přenosné na člověka přímým kontaktem, vdechnutím, polknutím etiologického *agens*, dále prostřednictvím živých vektorů (např. u lymeské borreliózy a klíšťové encefalitidy přenos členovci ze zvířecích rezervoárů) nebo prostřednictvím neživých médií, tzv. saponózy; zdrojem nákazy zde je abiotický substrát, v němž se etiologické *agens* množí, např. půda, voda, zvířecí ekskrementy.

• **Etiologickým agens** mohou být viry, bakterie, plísňe, paraziti nebo priony.

• Mezi nejčastěji se vyskytující zoonózy v Česku patří kampakylobakterií, salmonelóza, lymeská borrelióza, klíšťová encefalidita, toxoplasmóza, yersinióza, tularemie, leptospiróza, listerióza, toxokaróza, tenióza, erysipeloid.

• **Nárůst některých zoonóz:** salmonelózy, infekce *E. coli* O 157, kampakylobakterií.

• **Objevují se nové infekce:** Virus Nipah (1999, Malajsie) – epidemie horečnatých encefalitid s vysokou smrtností mezi chovateli prasat. Nová varianta Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci u lidí – studuje se její vztah k bovinní spongiformní encefalopatii (BSE) dobytka.

• Možnost zneužití některých pů-

vodců zoonóz jako biologických zbraní – antrax, mor, Q-horečka, tularemie, brucelóza, vozňivka, melioidóza, virové hemoragické horečky.

Veterinární i humánní dozorové orgány systematicky sledují výskyt onemocnění přenosných ze zvířat na člověka, tj. zoonóz. Situace se posledních pět let stále zlepšuje.

**3. Intoxikace.** Přenos se děje potravinou, v níž došlo k pomnožení toxigenických bakterií a nahromadění produktů jejich metabolismu – bakteriálních toxinů. Bakterie produkují toxiny v potravině ještě před jejím požitím (např. *Staphylococcus aureus*, *Clostridium botulinum*, *Bacillus cereus*). Intoxikace z potravin jsou nepřenositelné z člověka na člověka.

## Veterinární hygiena a ekologie

Veterinární hygiena a ekologie je zaměřena na hygienu a technologii masa a masných výrobků, hygienu a technologii mléka a mléčných výrobků, hygienu a technologii polotovarů, tuků, vajec a medu, mražárenských výrobků, ryb a rybních výrobků, mikrobiologii potravin, chemii a biochemii potravin, radiobiologii potravin, veterinární toxikologii, veterinární biochemii, veterinární ekologii, choroby včel, ryb, zvěře a volně žijících zvířat, výživu a dietetiku zvířat, chov a zoohygienu chovu zvířat.

Potraviny živočišného původu jsou zdrojem plnohodnotných bílkovin. Jejich plnohodnotnost je dána tím, že bílkoviny masa obsahují všechny esenciální aminokyseliny, a to ve vyváženém vzájemném poměru z hlediska jejich využití pro stavbu tělních bílkovin člověka. Bílkoviny rostlinného původu nelze označit za plnohodnotné.

## Falešný optimismus

Cesta ke zdraví vyžaduje účast celé společnosti, všech odvětví, všech úrovní veřejné správy na zlepšení zdraví celé populace. Za své zdraví zodpovídá především každý sám, a to zejména tím, jak žije, jak se stravuje a pohybuje, jak zvládá stresové situace (sem patří i umě-



MVDr. Jan Kulheim

ni odpočívát). Zkrátka jak každý z nás dokáže být dobrým organizátorem svého života. Ukazuje se, že ani rozvinuté společnosti zatím nedokázaly vyvinout takovou soustavu zdravotnictví, která by se pružně adaptovala vů-

č potřebám společnosti a přitom se vyvíjela v rámci hospodárných proporcí. Značný růst specializace a farmakologický a přístrojový pokrok znamenal velký vzrůst výdajů společnosti na zdravotnictví. Lidstvo přesto pořád nemůže pochopit, že dnes žije v jiné biokulturní éře. Celá léta jsme si namlouvali falešný optimismus, že se nám podařilo zcela zvládnout infekční choroby díky sociálnímu, vědeckému a technickému pokroku. V roce 1969 dokonce tehdejší hlavní lékař Spojených států oznámil národu, že hranice úspěšného boje proti infekčním chorobám již byla dosažena. O deset let později vlády USA, Kanady a Velké Británie prohlásily, že největší nebezpečí již lidem nehrozí ze strany mikrobů, ale faktorů zapříčiněných lidskou nedbalostí a neopatrností. Zcela se však opomněla skutečnost, že se otevírají nové vstupní brány pro infekce, a to nejen bezproblémovým cestováním a mezikontinentální turistikou. Letecké společnosti ročně přepraví až 2,1 miliardy lidí. Navíc je zde fenomén zvyšujícího se počtu drogově závislých lidí, narůstající trend promiskuitního sexu či široká degradace životního prostředí. V letošní výroční zprávě Světové zdravotnické organizace (WHO) je alarmující upozornění, že lidstvu hrozí historicky bezprecedentní exploze nakažlivých nemocí.

## Comeback zapomenutých nákaz

Zatímco vyspělé státy byly přesvědčeny, že už je vytvořen svět bez nakažlivých nemocí, nemoci s vysokou rezistencí na dříve účinné léky se vracely s velkou údernou silou. Malárie, syfilis, spalničky a v poslední době i tuberkulóza slavily děsivý comeback. Stejně tak úporně a rychle útočí streptokoky skupiny A nebo diplokokové infekce



Ilustraci foto: www.veterinaren.com

či výše uvedený mikrob *Clostridium difficile*. Tyto nemoci se vyznačují rychlým průběhem, velmi často končícím smrtí.

Co jsme vlastně ještě před několika lety věděli o nemoci AIDS, BSE či drůbeží chřipce? A to nehovoříme o mnoha dalších, velice nebezpečných bakteriálních chorobách, jako je např. streptokokový syndrom toxického šoku či *Escherichia coli* kmen 0157:7H. Před několika desítkami let patřily např. kampakylobakterií mezi infekční střevní choroby neznámé etiologie. Stejně tak nebyla známa souvislost mezi nemocí kloubů a výskytem bakterie *Yersinia enterocolitica* v potravinách. Dnes již umíme tyto nemoci nejen diagnostikovat a detekovat jejich původce, ale i poměrně snadno léčit.

O tom, že nebezpečí různých druhů mikrobů je stále aktuální, svědčí nové informace o bakterii *Clostridium difficile*, která je známa již od roku 1935. Vyskytuje se často ve vodě, půdě a ve střevě lidí i zvířat (až u 5% zdravých lidí). Přesto je tato bakterie příčinou tisíců úmrtí nemocničních pacientů v USA i v západní Evropě. Problém paradoxně nastává tehdy, když je po léčbě širokospektrálními antibiotiky eliminována běžná střevní mikroflóra, zatímco toto klostridium snadno přežívá a svými vyprodukovanými toxiny je příčinou úmrtí pacientů.

## Prevence

Pro zvířata je potřebné zajistit vhodné podmínky k životu, plnohodnotnou výživu, vyhovující podmínky, ochranu chovu před zavlečením nákazy z jiných chovů, monitoring a aktivní imunizaci zvířat zejména proti zvláště nebezpečným nákazám. Spočívá to především ve správné veterinární a hygienicko-epidemiologické kontrole, velmi důležitá je kontrola při porážce, distribuci mléka, výrobě a zpracování potravin. Neméně důležitá je i kontrola dodržování hygienických zásad při přípravě pokrmů. Nezbytné je šíření důležitých informací pro odborníky v oblasti veřejného zdraví, veterinárního lékařství a dalších vědních oborů jakož i spotřebitelských skupin a veřejnosti.



# Gynekologové odmítají obézní ženy

Rozporuplné reakce vzbudilo rozhodnutí patnácti floridských gynekologů, kteří odmítají přijímat do péče nové pacientky, jež trpí obezitou.

Hmotnostní hranici většina z nich stanovila na 200 liber (asi 91 kg). Ženy, které sice jinak netrpí žádnými zdravotními problémy, ale nespĺňují požadavek lékařů, pak odmítají přijmout.

## Riziko komplikací i žalob

Jako důvod gynekologové uvádějí skutečnost, že vybavení ordinace není uzpůsobené k ošetřování obézních pacientek. Někteří ovšem přiznávají, že tyto ženy odmítají i proto, že je u nich vyšší pravděpodobnost vzniku nejrůznějších zdravotních komplikací než u žen s normální hmotností. „Lidé si vůbec neuvědomují, jaké riziko na sebe lékař bere, přijme-li

do péče obézní pacientku. Během gynekologických zákroků i během těhotenství u těchto žen hrozí mnohem vyšší riziko komplikací, což pro lékaře znamená i vyšší riziko, že bude čelit žalobám,“ vysvětluje dr. Albert Triana.

Odmítání přijmout do péče pacienty kvůli obezitě není ve Spojených státech nelegální, postoj lékařů však zneklidňuje představitel stavovských organizací i ochránce práv pacientů. Podle nich jde o porušení smyslu lékařské profese. „Pokud bych ve své praxi uplatňovala takovou zásadu, přijdu o polovinu pacientů,“ hodnotí postoj svých kolegů gynekoložka Maureen Whelihanová.

V USA podle statistik trpí obezitou 93 milionů obyvatel.

## Popření principů lékařství

Je poměrně běžné, že gynekolog odmítne pečovat o těhotnou obézní ženu a raději ji odešle ke specialistovi. Případ skupiny floridských lékařů je však výjimečný tím, že gynekologové nechtějí přijmout obézní ženu, která není těhotná ani nemá žádné jiné zdravotní potíže.

Američtí lékaři mohou odmítnout pacienta z jakéhokoli důvodu, pokud se ovšem nejedná o diskriminaci. Podle Americké lékařské asociace (AMA) ovšem není možné odmítnout poskytnutí péče na zá-



Ilustrační foto: Shutterstock

kladě rasy, pohlaví, sexuální orientace či skutečnosti, že pacient trpí infekční chorobou.

Předseda výboru Floridské porodnicko-gynekologické společnosti dr. Robert Yelverton postoj svých kolegů za správný nepovažuje. „I obézní lidé potřebují lékařskou péči. Nedovedu si představit, co by se stalo, kdyby se takto rozhodl každý zdravotník,“ říká Robert Yelverton.

Tiskový mluvčí organizace starající se o obézní lidi James Zervios označil praktiky 15 floridských lékařů přímo za diskriminační. „Jejich postoj naprosto popírá základní principy lékařství. Zdravotníci jsou tu, aby pomáhali zlepšovat lidem jejich zdravotní stav, ne aby je stigmatizovali na základě hmotnosti,“ zlobí se James Zervios.

(Zdroj: sun-sentinel.com)

Květa Havlová

## Lékaři bez hranic zaslali otevřený dopis představitelům EU

Dvěma desítkám představitelů zemí Evropské unie, jež podporují konflikt v Libyi, adresovala organizace Lékaři bez hranic (MSF) otevřený dopis, ve kterém kritizuje rozpor mezi podporou vojenských akcí a skutečností, že státy uzavírají hranice uprchlíkům.

Mezi adresáty otevřeného dopisu mezinárodní humanitární a zdravotnické organizace je i český předseda vlády Petr Nečas.

## Legální i morální závazek

„Evropské státy zapojené do války v Libyi se vyhýbají svým legálním a morálním závazkům a ignorují oběti války, jíž se samy účastní,“ uvedl ředitel Lékařů bez hra-

nic v ČR Richard Walker. „Slova a činy našich vedoucích představitelů, prezentované ve světle boje proti ilegálnímu přistěhovalectví, ve skutečnosti omezují přístup obětí války do Evropy. Tento politický cynismus je hanebný.“ MSF poukazuje na fakt, že zatímco Egypt a Tunisko přijaly již přes 630 tisíc uprchlíků, státy Evropské unie vracejí ze svých území

čluny s civilisty, kteří na cestě do Evropy riskují život. „Členské státy Evropské unie využívají boj proti ilegální migraci jako záminku ve snaze zabránit přílivu těchto obětí konfliktu do Evropy a vyhnout se tak své odpovědnosti vůči lidem v nouzi. Svým zapojením do války v Libyi přitom souhlasily, že také ponесou následky a podniknou veškeré nezbytné

kroky, aby se omezil dopad konfliktu na civilisty. Je to závazek legální (na základě mezinárodních konvencí) i morální. Žádáme proto, aby Evropská unie a její členské státy, včetně České republiky, respektovaly práva všech civilistů prchajících před konfliktem v Libyi. Evropská unie a členské stá-

ty musí garantovat, že uprchlíci nebudou vypovídáni z evropského území či teritoriálních vod ve válečném území a budou mít zajištěno patřičné přijetí v Evropě s přístupem k řádným azylovým procedurám, pokud o něj požádají,“ píše se v dopise.

(Zdroj: MSF)

(kha)

## Guatemala našla 1300 obětí amerických pokusů

Guatemalští vyšetřovatelé identifikovali asi 1300 lidí, kteří byli ve 40. letech minulého století zapojeni do amerických lékařských pokusů.

Informaci potvrdil guatemalský viceprezident Rafael Espada, podle něhož se v současnosti ví o čtyřech žijících obětech experimentů. Do těch bylo zapojeno 10 amerických a 12 místních lékařů, kteří účastníky pokusů bez jejich vědomí nakazili syfilidou či kapavkou.

## Pomohou inzeráty

Téměř sedmdesát let starý případ byl odhalen loni. Podle nalezených záznamů vědci nakazili okolo 700 prostitutek, vězňů a duševně nemocných lidí syfilidou, dalších 770 Guatemalců, mezi nimi i řada vojáků, bylo nakaženo kapavkou. Poté byli léčeni penicilinem. Cílem pokusů bylo kromě jiného odhalit působení různých dávek antibiotika proti venerologickým chorobám.

Vyšetřovatelé vysvětlují rozdíl mezi počtem nalezených osob a záznamy o počtu účastníků pokusů faktem, že někteří byli infikováni oběma chorobami současně. Připouštějí však, že se jim po tolika letech nemuselo podařit identifikovat všechny oběti. Vláda se proto chystá v nadcházejících týdnech hledat další účastníky za pomoci inzerátů.

Americký prezident Barack Obama se společně s ministryní zahraničí Hillary Clintonovou a ministryní zdravotnictví Kathleen Sebeliovou loni v říjnu Guatemale za pokusy omluvil. Jihoamerická země zatím nespécifikovala, zda bude požadovat odškodnění.

(Zdroj: Canadian Press)

(kha)

## Dominikánskou republiku znepokojují případy cholery

Zdravotnické úřady v Dominikánské republice znepokojuje nárůst počtu případů cholery. V 17 nejchudších čtvrtích hlavního města Santo Domingo byl proto vyhlášen stav pohotovosti.

Ministerstvo zdravotnictví nařídilo zvýšený monitoring situace v hlavním městě a vyzvalo obyvatele, aby nepodceňovali hygienu. V současnosti leží v nemocnici v Santo Domingu 16 pacientů s cholerou. V posledních několika měsících nemocí podlehl 14 lidí.

Dominikánská republika se obává zavlečení cholery ze sousedního Haiti, kde si choroba od loňského podzimu vyžádala více než 4500 lidských životů.

Podobně jako na Haiti nebyl ani v Dominikánské republice až do minulého roku více než sto let hlá-

šen jediný případ cholery. Země po vypuknutí epidemie v sousedním státě zpřísnila kontroly na hranicích. I přesto se loni v listopadu v Dominikánské republice objevil první nakažený cholerou, v lednu pak úřady zaznamenaly první oběť.

(Zdroj: BBC)

(kha)

# HIV/AIDS v Číně: Úspěchy úřadů i pokračující diskriminace

Číně se podařilo zpřístupnit léčbu antiretrovirotky pro více než 60 % HIV-pozitivních obyvatel, díky čemuž výrazně klesla úmrtnost nakažených. Přesto je země nadále kritizována, například za množící se situace, kdy zdravotnická zařízení odmítají ošetřit HIV+ pacienty.

Čínská vláda v roce 2003 zahájila program, v jehož rámci pacientům s HIV/AIDS zajistila potřebnou léčbu zdarma. Úmrtnost nemocných tak klesla o téměř 60 %, nicméně podle odborníků se stále nedaří zpřístupnit léčbu některým skupinám obyvatel, především etnickým menšinám, migrantům, narkomanům nebo lidem, kteří se virem HIV nakazili sexuálním stykem.

## Pokulhává diagnostika i prevence

„Když vezmete v úvahu velikost Číny a fakt, že HIV-pozitivní se nacházejí téměř ve všech jejích regionech, je zpřístupnění léčby toliko nemocným skutečně pozoro-

ruhodným úspěchem. I přesto bude třeba ještě spousty práce, než se podaří splnit předsevzetí poskytnout bezplatnou léčbu všem pacientům, kteří pro ni splňují stanovená kritéria,“ uvádí pro časopis Lancet Infectious Diseases prof. Fujie Zhang z Národního centra pro kontrolu a prevenci AIDS v Pekingu.

Jason Warriner z organizace Terrence Higgins Trust pak zdůrazňuje, že je nutné nadále zlepšovat diagnostické postupy a preventivní programy v Číně. „Je známo, že čím dříve jsou nakažení diagnostikováni, tím vyšší šanci mají při odpovídající léčbě na dlouhý život. Je však rovněž nutné důkladněji mezi lidmi šířit informace

o viru HIV, aby se předešlo dalším infekcím,“ prohlásil Jason Warriner.

## Bez lékařské pomoci

Se závažným obviněním přišla Mezinárodní organizace práce (ILO), která uveřejnila výzkum, podle něhož se HIV-pozitivní Číňané často ocitají v situaci, kdy potřebují lékařskou péči, ale zdravotnická zařízení jim ji odmítají poskytnout. Organizace ve spolupráci s čínským Národním centrem pro kontrolu a prevenci AIDS došla k těmto závěrům po rozhovorech se 103 HIV-pozitivními a 23 zdravotnickými pracovníky.

Podle jednoho z účastníků průzkumu, který si přál zůstat

anonymitě a který v minulosti neúspěšně navštívil několik nemocnic kvůli problémům s páteří, stojí za odmítáním zdravotní péče pro nemocné s HIV/AIDS především strach ze šíření choroby. „Lékaři mi obvykle říkali, že se mnou soucítí, ale netroufají si mě kvůli mému stavu operovat,“ popsal farmář z města Tianjin, jenž se s diskriminací HIV-pozitivních nesetkal poprvé – před lety musel opustit zaměstnání poté, co se o jeho nemoci dozvěděl jeho nadřízený.

## Obavy z ekonomického dopadu

HIV-pozitivní muž z provincie Hebei, který se před lety nakazil

prostřednictvím krevní transfuze, uvedl, že jakmile personál nemocnice zjistí podrobnosti o jeho zdravotním stavu, snaží se jej co nejrychleji propustit. „Mají strach z ekonomického dopadu na nemocnici. Kdyby se totiž rozkřiklo, že ošetřili pacienta s HIV, výrazně by jim ubylo klientů,“ uvedl další důvod diskriminace.

Náměstek ředitele jedné z pekingských nemocnic Zhang Ke považuje za hlavní příčinu odmítání pacientů s HIV/AIDS ze strany nemocnic a zdravotníků skutečnost, že podle rozhodnutí čínské vlády mají být léčeni pouze v určených nemocnicích specializujících se na infekční choroby. „Toto rozhodnutí je třeba zrušit,“ domnívá se Zhang Ke, který se léčbou HIV-pozitivních zabývá.

Podle Organizace spojených národů žilo v roce 2009 v nejlidnatější zemi světa asi 740 tisíc lidí s HIV/AIDS. Onemocnění se v Číně začalo šířit v 90. letech minulého století. Například v provincii Henan byly v té době při odběrech krve v nesterilních podmínkách nakaženy statisíce rolníků. V současnosti se virus HIV šíří především pohlavním stykem.

(Zdroj: BBC, Reuters)

Květa Havlová

## Dětská úmrtnost klesá, délka života roste

Během prvního desetiletí 21. století klesala dětská úmrtnost v porovnání s 90. lety minulého století dvakrát rychleji. Vyplývá to ze zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO).

Jedním z důvodů je podle WHO vyšší finanční podpora projektů zaměřených právě na snižování úmrtnosti dětí. Jak ale organizace zdůrazňuje, v oblasti infekčních a civilizačních onemocnění je situace stále velmi vážná a zůstává prakticky beze změny.

## Důležitá finanční podpora

„Po roce 2000 byla spuštěna řada projektů na podporu zdraví, které nyní začínají nést ovoce,“ komen-

tuje výsledky expert WHO na statistiku Ties Boerma. Přesto zpráva organizace nabádá k dalšímu financování zdravotnictví a humanitárních programů v rozvojových zemích. Podle odhadů totiž roční výdaje na zdravotní péči v těchto státech činí okolo 5 % HDP (asi 32 dolarů na obyvatele), zatímco ve vyspělých zemích dosahují v průměru 11 % HDP (přibližně 4600 dolarů na obyvatele).

Podle údajů WHO klesala v prv-

ním desetiletí tohoto století dětská mortalita o 2,7 % ročně. Zatímco v roce 1990 ve světě zemřelo 12,4 milionu dětí mladších 5 let, v roce 2009 to bylo 8,1 milionu. Významně za zmíněné období klesl rovněž počet žen, které umírají v důsledku těhotenství či komplikací spojených s porodem. Naopak se celosvětově zvýšil průměrný věk – zatímco v roce 1990 se lidé dožívali 64 let, v roce 2009 již průměrný věk dosahoval hranice 68 let.

## Civilizační choroby na vzestupu

Tato poměrně optimistická zpráva je v kontrastu s dokumentem, který Světová zdravotnická organizace vydala v dubnu a podle něhož chronická civilizační onemocnění v posledních letech dosáhla rozměrů epidemie – právě choroby, jako je například rakovina, kardiovaskulární onemocnění nebo diabetes, si každoročně vyžádají více lidských životů než všechna ostatní onemocnění dohromady. Na vině je především nezdravý životní styl, který se rozmáhá ve stále více zemích. Jak WHO dokládá, v současnosti



Ilustrace foto: childfund.org.cz

ve světě kouří 4 z 10 mužů a 1 z 11 žen, navíc každý osmý dospělý trpí obezitou.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

## Grant Asociace výrobců klinické výživy

Asociace výrobců klinické výživy (AVKV) zveřejnila na svých internetových stránkách podmínky pro žadatele o Grant AVKV 2011. Účelem grantu je finančně podporovat aktivity, které prokazatelně snižují malnutriční u hospitalizovaných pacientů v České republice. Rozpočet grantu pro letošní rok činí 600 000 Kč.

Žadatelé o grant mohou být všechny právnické a fyzické osoby se sídlem, bydlištěm či místem podnikání v České republice, bez zřetele na svou právní formu či zaměření.

O grant se žádá formou žádosti zaslané e-mailem. Podrobný popis pro podání žádosti a pravidla hodnocení jsou specifikována na webových stránkách [www.avkv.cz](http://www.avkv.cz).

Termín pro podání žádostí je 31. července 2011.

## Maximální dostupnost nutriční péče

Asociace výrobců klinické výživy byla založena v polovině roku 2010 šesti předními mezinárodními společnostmi se zaměřením na klinickou výživu (Abbott Laboratories, B. Braun Medical,

Baxter Czech, Fresenius Kabi, Nestlé Česko a Nutricia). Sdružuje firmy, které poskytují produkty a služby sloužící ke zlepšení zdravotního stavu a kvality života pacientů a lidí ohrožených podvýživou prostřednictvím specializovaných nutričních řešení.

Posláním asociace je ve spolupráci se státními orgány, veřejno-

právními institucemi a odbornými subjekty vytvářet podmínky pro maximální dostupnost klinické výživy pacientům. Nedílnou součástí poslání AVKV je i hájení práv pacientů v oblasti nutriční péče. Cílem je vytvořit a v každodenní praxi prosadit standardy v oblasti výživy ve formě právních norem i lékařských doporučení.

Více informací: [www.avkv.cz](http://www.avkv.cz)

(red)

# Revmatoidní artritida a riziko infarktu myokardu



ilustrační foto: Shutterstock

Švédští lékaři sledovali riziko ischemické choroby srdeční a infarktu myokardu u bezmála 7500 pacientů, u kterých byla v letech 1995–2006 diagnostikována revmatoidní artritida.

„Naše studie zdůraznila důležitost monitorování pacientů od okamžiku, kdy je u nich diagnostikována revmatoidní artritida, protože riziko kardiovaskulárních onemocnění rychle stoupá již během prvních pár let,“ shrnula výsledky studie její vedoucí Marie Holmquistová ze stockholmské Karolinska Institutet.

Nárůst rizika infarktu myokardu (IM) byl srovnatelný u všech pacientů s revmatoidní artritidou

(RA) bez ohledu na to, zda byli pozitivní či negativní na revmatoidní faktor. Do čtyř let po diagnóze RA stoupne riziko ischemické choroby srdeční o 50%. Následně toto riziko zůstává zvýšené. Podobně je tomu i v případě rizika IM, které v prvních čtyřech letech po diagnóze RA vzroste o 60% a v následujících letech se udržuje na zhruba stejné úrovni.

(Zdroj: Journal of Internal Medicine)

prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

## Klinické zkoušky genové terapie hemofilie B

Mezinárodní tým z memfiské St. Jude Children's Research Hospital a londýnské University College referoval na 52. konferenci Americké hematologické společnosti (ASH) o výsledcích klinických zkoušek genové terapie hemofilie B.

K léčbě čtyř pacientů byl použit nový virový vektor odvozený od adenoasociovaného viru AAV8, jehož vývoj trval deset let. Virus byl vybrán proto, že má afinitu k tkáni jater a neintegruje svou dědičnou informaci do genomu lidských buněk. Do vektoru byl zabudován lidský gen pro koagulační faktor IX. Dosavadní snahy o genovou terapii hemofilie B narážely na silnou reakci T lymfocytů pacientů. Tu vyvolával virový nosič. Nejnovější testy ale podobné komplikace neodhalily. U pacientů s nejtěžší formou hemofilie B, kde je produkce koagulačního faktoru IX snížena na méně než 1% fyziologických hodnot, se projeví výrazný léčebný efekt, už když hladiny koagulačního faktoru IX dosáhnou 5% fyziologických hodnot.

(Zdroj: ASH)

(jap)

## Chuťové receptory v plicích

Chuťové receptory pro identifikaci hořkých látek TAS2R se nacházejí na jazyku a evolučně jejich vznik souvisí s ochranou před příjmem potravy obsahující rostlinné toxiny. Tým vedený Stephenem Liggettem z Marylandské univerzity odhalil tyto receptory ve funkčním stavu v buňkách bronchů.

Výsledky publikované v prestižním lékařském časopise Nature Medicine mají zjevně významný praktický přínos.

„Byl to tak překvapivý objev, že jsme mu zpočátku sami nevěřili,“ přiznává výzkumník. Stephen Liggett a jeho spolupracovníci podávali různé hořké látky, například chinin, do dýchacích cest laboratorních myší i zdravých dobrovolníků. Tyto hořké látky testovali také na hladkosvalových

buňkách z bronchů v podmínkách *in vitro*.

Ve všech případech měly hořké látky nečekaný efekt – uvolňovaly buňky hladké svaloviny. U myší s vyvinutým astmatem dovolaly rozšíření bronchů více než kterýkoli jiný lék, který se pro tyto účely používá při astmatických záchvatech. Jako účinný se v tomto ohledu ukázal také sacharin používaný coby umělé sladidlo. Tato látka se váže i na chuťové receptory pro hořkou chuť a reakce hladkosvalových buněk tomu odpovídá.

### Význam pro vývoj nových léků

Nečekaný byl rovněž molekulární efekt aktivace receptorů TAS2R. Ta vyvolává vzestup intracelulárních koncentrací volných vápníkových iontů v buňkách hladké svaloviny. Ionty vápníku obvykle způsobí smrštění hladkosvalových buněk.

## Odlišný původ různých subtypů meduloblastomu

Nádory diagnostikované jako meduloblastom představují ve skutečnosti hned několik odlišných nádorových onemocnění.

K tomuto závěru došel mezinárodní americko-japonsko-britský tým lékařů ve studii, jejíž výsledky zveřejnil prestižní vědecký týdeník Nature. Vědci využili molekulárně genetických metod, velmi důkladně prostudovali expresi genů v buňkách zdravé nervové tkáně mozku a porovnali ji s expresí genů v buňkách různých

subtypů meduloblastomu. Zaměřili se především na meduloblastomy, v nichž jsou narušeny signální dráhy proteinu WNT a SHH. Ty reprezentují asi 40% všech meduloblastomů.

Meduloblastomy s narušenou signální dráhou WNT mají svůj původ v buňkách mozkového kmene, které dříve vůbec neby-

ly spojovány se vznikem nádorů mozku. Ke vzniku tohoto subtypu meduloblastomu významně přispívá mutace vedoucí k nadměrné expresi genu CTNNB1. Meduloblastomy s narušenou signální dráhou SHH se rekrutují z buněčných prekurzorů granulárních neuronů mozečku. K jejich vzniku přispívá mutace

## Hudba a umělá plicní ventilace

Umělou plicní ventilaci někdy provází silný stres a pocity úzkosti pacienta. Podávání anxiolytik mu na jedné straně přináší úlevu, ale na druhé straně může přispět k prodloužení hospitalizace a pochopitelně zvyšuje náklady na léčbu.

Tým vedený Joke Bradtovou z filadelfské Drexelovy univerzity vyhodnotil výsledky osmi studií, které testovaly vliv poslechu hudby na stavy úzkosti pacientů s umělou plicní ventilací. Pacienti trpěli různými onemocněními – někteří byli hospitalizováni s těžkými traumaty, jiní trpěli kardiovaskulárními nebo plicními onemocněními. Poslech hudby ve všech studiích průkazně utlumil pocity úzkosti. To se promítlo i do snížení tepové a dechové frekvence. Poslech hudby však neměl vliv na krevní tlak pacientů.

(Zdroj: The Cochrane Library)

(jap)

V tomto případě však s využitím zvláštní signální dráhy vyvolají přesně opačný efekt. TAS2R mobilizují intracelulární vápníkové depozita z korové části buňky.

„Objev má velký význam pro vývoj nových léků, které potřebujeme pro léčbu astmatu, emfyzému nebo chronické bronchitidy,“ říká Stephen Liggett. „Tyto léky mohou nahradit nebo doplnit stávající preparáty. Na základě našeho výzkumu se zdá, že jako nejúčinnější by mohly posloužit chemické deriváty hořkých látek, ze kterých by bylo možné připravovat aerosoly. Ty by si pak pacienti aplikovali z inhalátorů,“ uzavírá.

(Zdroj: Nature Medicine)

(jap)

tumor-supresorových genů p53 a TULP4.

„Ještě před deseti lety byl meduloblastom považován za jednu chorobu a všichni pacienti s meduloblastomem byli léčeni stejně. Tato studie dokazuje, že různé subtypy tohoto nádoru vznikají z různých typů buněk, jež podlely určitým mutacím,“ konstatuje vedoucí výzkumného týmu Richard Gilbertson ze St. Jude Children's Research Hospital.

(Zdroj: Nature)

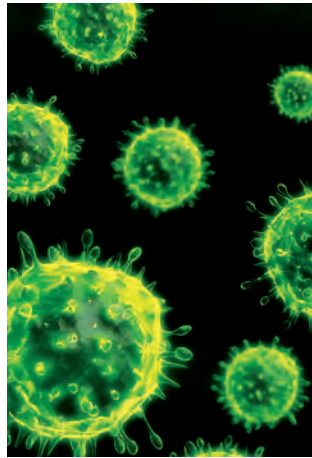
(jap)

# Dysfunkční protilátky vůči viru A/H1N1

Jedním z překvapivých rysů chřipkové pandemie z roku 2009 byl poměrně vysoký počet pacientů středního věku, u kterých došlo k vážným zdravotním komplikacím, především pak k těžkému poškození plic.

Studie týmu vedeného Fernandem Polackem z Vanderbiltovy univerzity v americkém Nashvillu odhalila, že výrazným rizikovým faktorem pro tyto komplikace byla předchozí infekce běžnou sezónní chřipkou. Protilátky nabuzené infekcí sezónní chřipky A/H3N2 nebo A/H1N1 sice reagovaly s částicemi pandemického viru A/H1N1 (2009), ale nedokázaly jej neutralizovat tak jako protilátky vyskytující se v organismu starších lidí. Dysfunkční protilátky vytvářely s pandemickým virem komplexy, jež pak infiltrovaly plicce a spouštěly biochemické reakce zahajující zánět. V důsledku tohoto procesu docházelo k narušení membrán buněk plic. Oběti pandemické chřipky z řad pacientů středního věku měly obvyk-

le poškozenou plicní tkáň právě tímto procesem. Při prověření vzorků plicní tkáně odebrané obětem pandemické



Ilustrace: Shutterstock

chřipky z roku 1957 byla rovněž odhalena přítomnost komplexu virových částic s dysfunkčními protilátkami. To naznačuje, že fenomén nebyl typický jen pro reakci na poslední pandemický chřipkový virus A/H1N1 (2009). Mechanismus se může uplatňovat i u dalších infekčních chorob. Z lékařské literatury jsou známy případy, kdy nákaza novými typy viru horečky dengue nebo respiračního syncytiálního viru měla horší průběh u pacientů, kteří v minulosti prodělali onemocnění touto chorobou.

Na druhé straně však Polack a jeho spolupracovníci připouštějí, že ve hře je i řada dalších faktorů. Za významné považují například sekundární bakteriální infekce.

(Zdroj: Nature Medicine) (jap)

## Vitamin D v těhotenství ovlivňuje infekce RSV u dětí

Spojitosť mezi nedostatkem vitamínu D u těhotných žen a infekcemi dýchacích cest způsobenými respiračně syncytiálním virem (RSV) u novorozenců objevili nizozemští vědci.

Autoři studie, jejíž výsledky přinesl odborný časopis *Pediatrics*, zkoumali hladinu vitamínu D v pupečnickové krvi u 156 novorozenců. Výsledky ukázaly, že více než polovina dětí nedostávala před narozením od matky dostatek vitamínu D. Tyto děti pak vědci sledovali po dobu jednoho roku.

Studie odhalila, že děti, jež se narodily s nízkou hladinou vitamínu D v krvi, byly až 6x náchylnější k respiračním onemocněním způsobeným RSV než děti s dostatkem vitamínu D. „Jedná se o první důkaz, že dostatečný příjem vitamínu D v těhotenství není důležitý pouze pro správný vývoj kostí dítěte, ale

může být rovněž prevencí jedné z nejčastějších dětských infekcí,“ komentoval výsledky výzkumu jeho vedoucí, pediatr a specialista na dětská infekční onemocnění dr. Louis Bont z dětské nemocnice v nizozemském Utrechtu.

(Zdroj: Canadian Press) (kha)

## Švédské sestry huře spí

Švédští lékaři Dan Hasson a Petter Gustavsson ze stockholmské Karolinska Institutet sledovali kvalitu spánku zdravotních sester během posledního roku studia a následně pak během prvních tří let po nástupu do zaměstnání.

Do studie bylo zahrnuto přibližně tisíc sester. Výzkumníci odhalili prudké zhoršení kvality spánku při přechodu ze školy do zaměstnání. Kvalita spánku pak během sledované doby tři let stále klesala. Po třech letech práce zdravotní sestry se podíl žen s narušeným spánkem zdvojnásobil. Jestliže v posledním ročníku studia mělo problémy se spánkem z 5,2% žen, v zaměstnání jejich podíl stoupl na 10,8%. Nedostatek spánku a jeho nízká kvalita přispívají k přepracování, vyčerpání a stresu a mají prokazatelně negativní vliv na kvalitu práce sester.



Roste riziko závažných profesních chyb. Dlouhodobé nevyspaní může poznamenat i zdravotní stav samotných sester.

(Zdroj: PLoS ONE) (jap)

## K 15 procentům CMP dochází ve spánku

Ke každému sedmému případu cévní mozkové příhody dochází v noci a u postižených je tak větší riziko, že jim nebude včas poskytnuta odborná pomoc. Vyplývá to ze studie Cincinnatské univerzity.

„Tento typ mozkových příhod je poměrně častý, dochází k němu až u 15 procent pacientů,“ konstatuje vedoucí studie Jason Mackey a dodává, že právě v těchto případech velmi často dochází ke zpoždění v podání potřebné medicíny, což má za následek doživotní postižení pacienta.

### Důležitost osvěty

V rámci studie vědci analyzovali data 1854 pacientů starších 18 let, kteří byli kvůli cévní mozkové příhodě léčeni v nemocnicích v oblasti Greater Cincinnati. Zdravotní záznamy

pacientů ukázaly, že u 273 hospitalizovaných došlo k CMP ve spánku. „Převáděno na americkou populaci toto číslo znamená 58 tisíc případů ročně,“ doplňuje Jason Mackey. „Pro postižené je velmi složité určit, kdy se příznaky cévní mozkové příhody v noci objevily, je však nezbytně nutné, aby všichni lidé věděli, že probudí-li se s podezřením na mozkovou příhodu, je životně důležité, aby oni sami nebo jejich okolí rychle přivolali lékařskou pomoc,“ zdůrazňuje vedoucí studie.

(Zdroj: USA Today) (kha)

Inzerce A111010009

## Rychlá a spolehlivá úleva při žaludečních potížích různého původu

Iberogast je jediný volně prodejný lék, který působí komplexně proti různým příčinám žaludečních potíží a jejich následným symptomům současně.

Iberogast přináší rychlou a spolehlivou úlevu při nadýmání, křečích, bolestech břicha či nevolnosti a jiných žaludečních obtížích, které jsou způsobeny dietní chybou, cestováním nebo stresem. V Německu se pro léčbu různých gastrointestinálních onemocnění používá více než 50 let a je dlouhodobě nejprodávanějším příprav-

kem v rámci celé kategorie GIT. Po odborné konzultaci je vhodný k léčbě poruch funkce a motility střev, křečí žaludku a střev a při žaludečních a dvanáctníkových vředech.

Iberogast je čistě přírodní lék, bez známých nežádoucích účinků a interakcí s jinými přípravky. Lék je složen z extraktu iberky

hořké, lékových extraktů kořene angeliky, plodů ostropestřice a kmínu, kořene vlaštovičníku a lékořice, květů heřmánku, listů meduňky a máty peprné. Oproti obdobným chemickým lékům, které mají tendenci cílit pouze na určitý symptom, Iberogast nezaměřuje svůj účinek jen na jeden konkrétní problém, ale velkým

množstvím aktivních látek působí na gastrointestinální systém jako celek.

Lék je určen k vnitřnímu užití. Výdej přípravku není vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotnictví. Nyní je k dispozici také ekonomické balení 50 ml, které je o 20% výhodnější.

Více informací a souhrn údajů o přípravku: [www.iberogast.cz](http://www.iberogast.cz)



## AKTUALITY

# „Trojrodičovství“ díky mitochondriální DNA

Vědci z Newcastleké univerzity ve Velké Británii vyvinuli metodu přenosu lidského genetického materiálu mezi dvěma oplodněnými vajíčky.

Britský ministr zdravotnictví Andrew Lansley požádal Úřad pro lidskou fertilizaci a embryologii (HFEA), aby vyhodnotil bezpečnost a efektivnost této kontroverzní léčby, která by rodičům s rizikem přenosu závažných vrozených mitochondriálních vad

mohla umožnit, aby měli zdravé dítě.

Mitochondrie jsou organely nacházející se v cytoplazmě všech buněk, které umožňují využití energie pro jakoukoli buněčnou funkci. U žen mitochondrie obsahují také malé množství DNA.

Mitochondriální DNA neexistuje v jádru oplodněného lidského vajíčka, dědí se jen mateřskou linií a zrovna tak jako jiné geny podléhá mutacím. Škodlivé mutace mitochondriální DNA mají větší míru následky, ale přibližně u jednoho ze 6500 dětí se vyvine

těžká mitochondriální choroba, například svalová slabost, srdeční nebo jaterní selhání či neurologická onemocnění.

## Výměna baterie

V dubnu 2010 byl v časopise Nature otištěn článek s výsledky výzkumu vědců z Newcastleké univerzity týkajícího se extrakce dvou *pronuclei* – nukleární DNA otce a matky z čerstvě oplodněného vajíčka. *Pronuclei* byla zavedena do fertilizovaného vajíčka dárkyně, z něhož byl nukleární materiál odebrán. Výsledkem bylo oplodněné *ovum* obsahující nukleární DNA od obou rodičů, ale mitochondrie od dárkyně. Vedoucí výzkumu profesor Douglas Turnbull tento proces přirovnal k výměně baterie v počítači.

V současnosti je již technicky možné vyjmout jádro a transplantovat ho do vajíčka zdravé dárkyně. Tím dojde ke spojení DNA ze dvou oplodněných vajíček, závadné mitochondrie v cytoplazmě mateřského vajíčka jsou však vyřazeny. Takto počaté dítě zdědí nukleární DNA jak ze spermie otce, tak z vajíčka biologické matky, malé množství genetického materiálu v mitochondriích vajíčka od dárkyně, ale žádnou nukleární DNA dárkyně. Přibližně 99,8% genetického materiálu tak pochází od biologických rodičů.

## Šance na zdravé dítě

Výzkumný tým z oddělení reprodukční medicíny Newcastleké univerzity pod vedením profesorů Douglase Turnbulla a Alison Murdochové zatím nedosáhl konečného stadia výzkumu a tato ex-

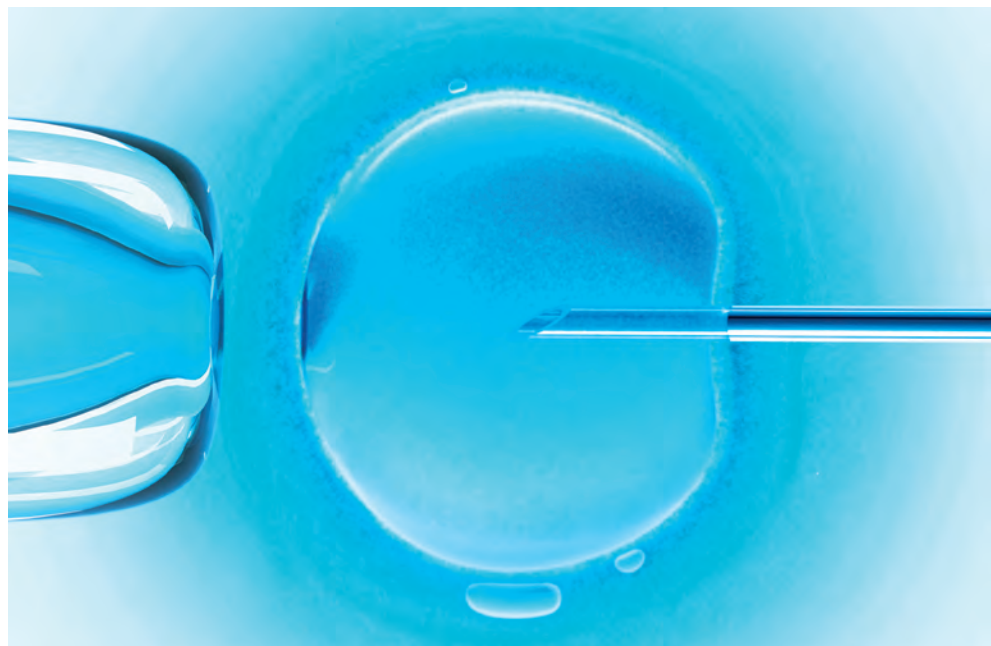
perimentálně vypracovaná metoda prozatím nemůže být použita k léčbě pacientů. Vědecký pokrok však rychle postupuje a politická debata o etice a genetickém vztahu dítěte ke „třetímu rodiči“ bude muset začít co nejdříve. Alison Murdochová soudí, že potrvá nejméně rok. „Jako lékaři máme povinnost léčit, a kde je to možné i předcházet chorobám. Tam, kde léčba neexistuje, je nutnost vyvinout novou terapii ještě naléhavější. Žádná metoda ovšem není bez rizika, které je třeba vyhodnotit, aby je lékaři v diskuzi s pacienty a jejich rodinou mohli zvážit,“ uvedla profesorka Murdochová. „Účelem této práce je poskytnout ženám s mutacemi mitochondriální DNA šanci mít zdravé dítě. Stačí se jen podívat na trápení v takových rodinách, abychom pochopili potřebu tento problém vyřešit. Zatím toho ještě nejsme schopni, ale máme dost důkazů, abychom mohli tvrdit, že toho brzy dosáhneme,“ doplňuje profesor Turnbull.

Metoda se však již setkává i s kritickými hlasy „Je to forma genetického inženýrství, která vyvolává obavy o bezpečnost v naší společnosti a dostává se do rozporu s konceptem přirozeného rodičovství,“ prohlásila Josephine Quintavalleová z organizace Comment on Reproductive Ethics, která protestuje proti výzkumu na embryích.

Očekává se, že HFEA podá vládě zprávu v nejbližších dnech. Zavedení této léčby do praxe ve Velké Británii by pak ovšem vyžadovalo legislativní změnu.

(Zdroje: BBC, The Times, Nature)

MUDr. Milena Lesná



Ilustrační foto: Shutterstock

## Omezení příjmu mědi po padesátce

Tým toxikologů vedený Georgem Brewerem z Michiganské univerzity doporučuje lidem starším 50 let omezit příjem iontů mědi a železa.

Výsledky výzkumu zveřejněného ve vědeckém časopise Chemical Research in Toxicology naznačují, že vysoký příjem mědi a železa vystavuje seniory zvýšenému riziku Alzheimerovy choroby, kardiovaskulárních onemocnění a dalších chorob typických pro starší pacienty.

### Riziko, o kterém se příliš neví

„Z hlediska zdraví široké populace je otázka toxicity mědi a železa důležitá, ale lékařská veřejnost

o ní mnoho neví. Laická veřejnost pak o ní nemá ani tušení,“ tvrdí George Brewer. Studie zdůrazňuje význam adekvátního příjmu mědi a železa pro mladší věkové kategorie v reprodukčním věku. U lidí vyšších věkových skupin však může vysoký příjem mědi a železa poškozovat buňky organismu a významně přispívat ke vzniku mnoha onemocnění.

Podle Brewera je značná část populace vystavena toxickému účinku volných iontů mědi a železa a měla by preventivně snížit je-

jich příjem. Doporučuje proto lidem po překročení padesátky neuzívat vitaminové a minerální preparáty obsahující měď a železo. Přimlouvá se za snížení konzumace masa. Za rizikové považuje i pití vody vedené měděným potrubím. Jako účinný prostředek ke snížení obsahu iontů železa v těle doporučuje dárcovství krve. Hladiny volných iontů mědi lze podle Brewera pozitivně ovlivnit i užíváním preparátů s ionty zinku.

prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

## Alzheimerova choroba a geny

Dvě klinické studie našly nejméně pět nových genů, které hrají roli při vzniku a v průběhu Alzheimerovy choroby.

Dlouhé roky se spekulovalo, že při vzniku Alzheimerovy choroby hraje roli řada faktorů. Tyto úvahy vycházely především ze zjištění, že u některých onemocnění je riziko vzniku zmíněné nemoci vyšší než u jiných. Příkladem může být vysoká hladina cholesterolu, úrazy hlavy či cévní mozková příhoda. Nové studie naznačily, že tato propojení na vznik a průběh Alzheimerovy choroby skutečně vliv mají, některé nalezené geny totiž ovlivňují metabolismus cholesterolu, jiné například zánětlivé procesy.

### Klíč k pochopení nemoci

Až dosud se v souvislosti s Alzheimerovou chorobou uvažovalo o významu pěti genů, dnes jich známe již deset. Odborníci se shodují, že

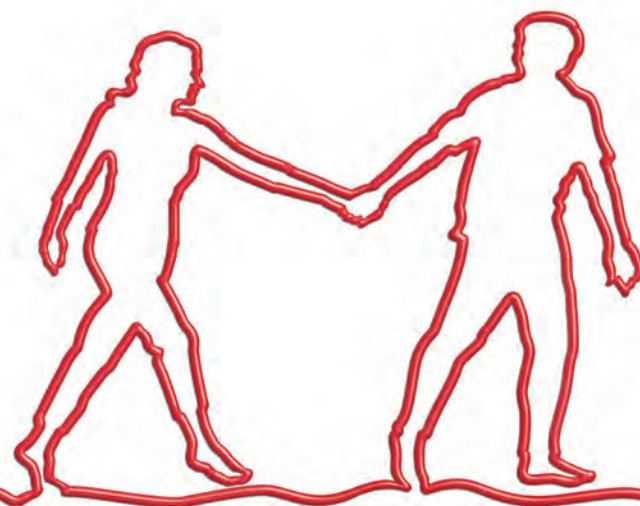
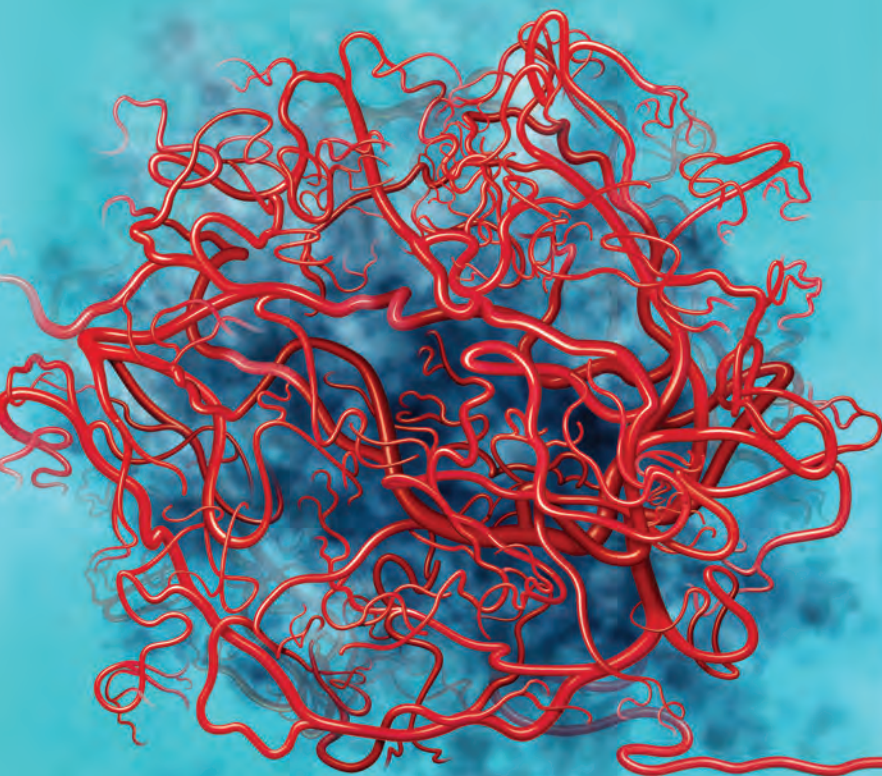
nové nálezy otevírají další možnosti k pochopení principů tohoto onemocnění. Zatím nejdůležitější je z tohoto hlediska gen APOE, objevený v roce 1995. Pokud člověk zdědí kopii tohoto genu od jednoho z rodičů, vzroste u něho riziko vzniku Alzheimerovy choroby o 400 %, pokud od obou rodičů, je pravděpodobnost onemocnění vyšší dokonce o 1000 %. Každý z nových genů zvyšuje riziko o „pouhých“ 10 až 15 %, proto nebudou využívány ke screeningu.

První ze studií proběhla ve Spojených státech a analyzovala genovou výbavu 54 tisíc lidí. Výsledkem byl objev čtyř nových genů. Druhá studie proběhla v Evropě, potvrdila americké výsledky a přidala pátý gen.

RNDr. Václav Větvíčka, Ph.D.



# Kontrolou angiogeneze...



## ...k prodloužení přežití

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

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

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



AVASTIN® 25 mg/ml koncentrát pro přípravu infúzního roztoku

– Základní informace o přípravku

**Účinná látka:** bevacizumabum. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Roche Registration Limited, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/04/300/001-002. **Schválené indikace pro použití:** Terapie metastazujícího karcinomu tlustého střeva nebo rektu v kombinaci s chemoterapeutickým režimem obsahujícím fluoropyrimidin. Avastin v kombinaci s paklitaxelem je indikován jako léčba první linie u nemocných s metastazujícím karcinomem prsu. Avastin přidáný k chemoterapeutickému režimu s platinou je indikován k léčbě první linie nemocných s neresekabilním pokročilým, metastatickým nebo rekurentním nemalobuněčným plicním karcinomem jiného histologického typu, než predominantně z dlaždicových buněk. Avastin v kombinaci s interferonem alfa-2a je indikován jako léčba první linie u nemocných s pokročilým a/nebo metastazujícím karcinomem ledviny. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo jakoukoli pomocnou látku přípravku, na látky produkované ovariálními buňkami čínských křečků nebo na jiné rekombinantní lidské nebo humanizované protilátky. Těhotenství. **Upozornění:** Zvýšená pozornost u pacientů s intraabdominálním zánětlivým procesem (zvýšené riziko vzniku perforace a píštěle GIT), po operaci (možné komplikace při hojení ran), s nekontrolovanou hypertenzí (riziko hypertenzní krize a pro-

teinurie), ve věku nad 65 let (zvýšené riziko vzniku arteriálních tromboembolických příhod), u pacientů s kongenitální hemoragickou diatézou, získanou koagulopatií nebo u pacientů léčených plnou dávkou antikoagulancií k léčbě tromboembolismu před zahájením léčby Avastinem. V případě vzniku tracheoesofageální píštěle nebo jakékoli píštěle 4 stupně trvale ukončit léčbu. Ukončení léčby zvážit v případě vnitřní píštěle mimo oblast GIT. V ojedinělých případech riziko vzniku reakce na infuzi/hypersenzitivní reakce. Nežádoucí účinky (některé z nich se jeví jako závažné) byly hlášeny při užití v neregistrovaném nitroočním podání. **Klinicky významné interakce:** Bevacizumab neovlivňuje v klinicky závažném rozsahu farmakokinetiku 5-fluorouracilu, karboplatiny, paklitaxelu a doxorubicinu. U některých pacientů léčených kombinací bevacizumabu a sunitinib malátu byla hlášena mikroangiopatická hemolytická anemie (MAHA). **Hlavní klinicky významné nežádoucí účinky** (u pacientů léčených jak v monoterapii, tak v kombinaci s chemoterapií): Nejzávažnější pozorované nežádoucí účinky – gastrointestinální perforace, píštěle, hemoragie, arteriální a žilní tromboembolismus, syndrom reverzibilní zadní leukoencefalopatie, proteinurie. Nejčastější nežádoucí účinky – astenie, průjem, dysfonie, nevolnost, nauzea a jinak nespecifikované bolesti. **Dávkování a způsob podání** – Obecná doporučení: První dávka Avastinu by měla být podávána během 90 minut ve formě nitrožilní infuze. Jestliže je první infuze dobře sná-

šena, druhá infuze může být podávána během 60 minut. Jestliže je dobře snášena infuze podávána během 60 minut, všechny následující infuze mohou být podávány během 30 minut. Nepodávejte jako bolus v nitrožilní injekci nebo bolusovou injekci. Infuze nesmí být podávány nebo míchány s roztoky glukózy. Snížení dávky při výskytu nežádoucích příhod se nedoporučuje. V případě nutnosti musí být léčba buď trvale ukončena nebo dočasně pozastavena. Doporučené dávkování pro jednotlivé diagnózy: Viz platný Souhrn údajů o přípravku. **Dostupná balení přípravku:** 1 × 100 mg bevacizumabu ve 4 ml; 1 × 400 mg bevacizumabu v 16 ml koncentrátu pro přípravu infuze. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2°C–8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu:** 24. 3. 2011. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění** (pro indikace kolorektální karcinom, karcinom prsu, nemalobuněčný karcinom plic a karcinom ledviny – přesné podmínky úhrady jsou uvedeny na adrese: [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)). **Další informace** o přípravku získáte z platného Souhrnu údajů o přípravku Avastin nebo na adrese: Roche, s.r.o., Dukelských hrdinů 52, 170 00 Praha 7, telefon 220 382 111. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.

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

# Není nezdravých potravin, nezdravá jsou jen jejich množství

Význam jednotlivých druhů potravin ve výživě, zejména ve vztahu k obezitě a metabolickému syndromu, hodnotila na semináři Endokrinologického ústavu Praha a subkatedry endokrinologie IPVZ prof. Ing. Jana Dostálová, CSc., z Ústavu chemie a analýzy potravin Fakulty potravinářství a biochemické technologie Vysoké školy chemicko-technologické v Praze.

**P**rofesorka Dostálová, která se zabývá výzkumem v oblasti lipidů, náhradních sladidel, luštěnin, složení, třídění a terminologie potravin, a to především ve vztahu k lidské výživě, na začátku své přednášky upozornila, že téma výživy a zkoumání všech jejích složek je velmi široké, a své vystoupení tedy považuje spíše za úvod do této problematiky.

Otázky výživy se z pohledu jejího významu pro zdraví člověka podle přednášející občas neprávem bagatelizují, přitom se jedná o nejnámennější faktor zevního prostředí, který může ovlivnit lidské zdraví minimálně ze 40 %. Následně se pak věnovala jednotlivým potravinovým komoditám a upozornila i na některé mýty, jež v této oblasti stále přetrvávají, a to nejen mezi laickou veřejností.

## Zdravotní rizika potravin

Odborníci na výživu sestavili pořadí podle nejzávažnějších parametrů rizikovitosti ve vztahu k potravinám. Na prvním místě stojí skladba výživy v celém komplexu, tedy její složení, vhodnost pro daného člověka apod. Na druhém místě je kontaminace potravin mikroorganismy a jejich toxiny. Relativně novou problematikou, která je uváděna na třetím místě, je obsah přírodních toxických látek. V současné době je tato oblast sledována více, protože každá potravina obsahuje látky, jež mohou při určité dávce působit změny v lidském organismu. Na dalším místě při zvažování rizikovitosti potravin jsou chemické kontaminanty a poslední skupinu představují potravinářská aditiva (látky přídatné, označované mezinárodním kódexem „E“). Jak autorka sdělení uvedla, laická veřejnost se ze všech uvedených rizik nejvíce obává posledních dvou, zatímco na složení stravy takový zřetel nebere.

Pokud se týká tolik diskutovaných „éček“, na základě pravidelných kontrol Státní zemědělské a potravinářské inspekce nelze v naší republice uvést na trh výrobek, kte-

rý by překročil povolené hodnoty. Pokud na výrobku nalezneme například čtyři různá „E“, není to rozhodně důvod k jeho zavržení, působí zde totiž synergismus jednotlivých složek, který je dokonce výhodnější než použití jednoho silného „E“. Pochopitelně jestliže je na obalu uvedeno 15 „E“, pak je to už důvod k zamyšlení. Podstatné však je, že nyní musí být na potravině povinně také vyznačeno, zda obsahuje syntetická barviva. Ta by údajně mohla vést (ačkoli to zatím nebylo potvrzeno) k dětské hyperaktivitě.

Co se týče dalších rizikových faktorů, pečlivě je kontrolován například dovoz hub z Ukrajiny vzhledem k tomu, že poločas rozpadu celsia je 30 let.

## Není pečivo jako pečivo

Profesorka Dostálová se dále věnovala rozboru jednotlivých komodit z pohledu možných rizik, zejména pro obézní jedince a pacienty s metabolickým syndromem. K nejčastěji konzumovaným potravinám patří pečivo, jež obsahuje sacharidy (škrob, přídatný cukr), které jsou hlavním zdro-

jem energie; bílkoviny jsou zde zastoupeny jen v malém množství a mají nižší výživovou hodnotu, než živočišné. Obiloviny sice mají nízký obsah přirozeného tuku, ale problém představuje přídatný tuk – záleží na jeho množství a složení, které bývá velice často nevhodné. Pozitivem je vláknina, jíž má populace obvykle nedostatek.

Z pekařských výrobků z bílé mouky jsou nejrizikovější sušenky a oplatky s tukovou náplní, kde se většinou používají tuky s nevhodným složením. Jak autorka v této souvislosti uvedla, ještě ne-

dávno se běžně používaly trans-  
-nenasycené mastné kyseliny, které přispívají k rozvoji kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. U nás sice jejich zákaz nebyl legislativně ošetřen (na rozdíl od Dánska, Kanady a některých dalších zemí), přesto obsahy těchto nežádoucích tuků výrazně klesají. Bohužel bývají nahrazovány tukem kokosovým a palmojádrovým, které rovněž nejsou pro zdraví nevhodnější, takže jde spíše o „vyhánění čerta ďáblem“.

Obecně jsou jako zdravé potraviny vnímány müsli tyčinky, které sice mají vyšší obsah vlákniny a některých dalších pozitivních složek, ale tyčinky s polevami mají také vysoký obsah energie a opět tuku nevhodného složení. Totéž se týká snídanových cereálií, které bývají rovněž doporučovány jako zdravá potravina.

## Luštěniny mají zelenou

Luštěniny jsou podle Jany Dostálové jednoznačně velice hodnotnou potravinou – bohatým zdrojem bílkovin (20–25 g/100 g, sója až 40 g/100 g), vitamínů skupiny B, minerálních látek. Mají ovšem i další přednosti, především nízký obsah tuku (pohybuje se mezi 1 a 2 %), nepřítomnost cholesterolu, nízký glykemický index a pro tělo ochranné látky. Doporučuje se tedy zařazovat je do jídelníčku častěji. Pokud jsou problémem trávicí potíže, lze je potlačit vhodnou úpravou.

## Hnědý cukr není lepší, přečeňován je i med

Bílý cukr, který je čistou sacharózou, bývá často označován jako „jedovatý“. Řada zastánců zdravé výživy proti němu staví cukr hnědý, jehož výživový přínos je však ve skutečnosti malý a procento sacharózy naprosto stejné jako v případě bílého cukru. Přínos medu je podle autorky sdělení rovněž přečeňován, obsahuje cca 20 % vody, 80 % sacharidů (hlavně fruktózu a glukózu) a jen malé množství vitamínů, minerálních látek, enzymů, vonných látek a dalších.

U cukrovinek, tedy výrobků z cukru, je situace podobná. Někdy se výrobci snaží obohacovat je různými vitamíny, ale toto pozitivum je negativně vyváženo používáním syntetických barviv.



## AKTUALITY

Čokoláda má sice vysoký obsah tuku a cukru, ale také příjemné senzorycké vlastnosti, pozitivní působení na nervový systém a obsahuje přírodní antioxidanty, především flavonoidy. Z pohledu energetického příjmu zde ovšem platí známé pravidlo o jejím střídavém požívání. Rovněž je třeba se vyvarovat cukrovinek, které jsou označeny jako čokoláda, i když obsahují například jen 3% kakaového prášku, a legislativa je tedy neopravňuje k takovému názvu. Naštěstí těchto výrobků dle inspekčních monitoringů na našem trhu ubývá. Zatím jedinou spolehlivou ochranou je čistá etiketa.

### Margarín nemusí být horší než máslo

Máslo je plnohodnotný mléčný tuk a obsahuje vitaminy rozpustné v tucích, tedy A, D, E a K. Má ale také významný podíl trans-nenasycených mastných kyselin a nedostatek esenciálních mastných kyselin, takže jeho konzumaci by měli omezit lidé s vysokým cholesterolem a cévními potížemi. Zdravým lidem by máslo nemělo uškodit. Jak profesorka Dostálová dále uvedla, v současnosti není na místě zatracovat některé margaríny, u nichž došlo ke značnému zlepšení skladby – bývají obohaceny vitaminy a obsahují také esenciální mastné kyseliny. Z rostlinných olejů jsou

pak z hlediska složení nevhodnější olivový a řepkový.

### Špenátový mýtus

Prospěšnosti ovoce a zeleniny ve stravě se autorka věnovala pouze okrajově, protože je všeobecně známa. Upozornila pouze na to, že ovoce je energeticky vydatnější (5–15% fruktózy, glukózy). Zelenina, která má vyšší podíl vody a málo cukrů, obsahuje minerální látky (hlavně K a Mg), vlákninu a má ochranné účinky (glykosinoly jsou obsaženy např. v brokolici či ředkvičkách), by tedy v příjmu měla převažovat. Optimální denní porce je 400 g ovoce a 600 g zeleniny.

Zmíněn byl také jeden z přetrvávajících mýtů o vysoké hodnotě železa ve špenátu – vlivem značného obsahu kyseliny šťavelové je železo v něm obsažené pro organismus ve skutečnosti málo využitelné, navíc dochází k vázání kalcia a jeho vyšší koncentrace pak může vést například k tvorbě ledvinových kamenů.

### Mléko nelze pomínout

V další části přednášky se autorka věnovala potravinám živočišného původu. Na prvním místě vyzdvihla pozitivní přínos mléka a mléčných výrobků. Jak uvedla, mléko obsahuje vitaminy A, D a B (především B<sub>2</sub>), karoteny a minerální látky (zejména vápník – 120 mg/100 ml) s velmi dob-



Profesorka Jana Dostálová

rou využitelností. Nejvhodnější jsou pak kysané mléčné výrobky s probiotickou mikroflórou. Dále například přírodní sýry, jež mají vyšší výživovou hodnotu než tavené. Zajímavá jsou i poslední doporučení, podle kterých by děti měly pít mléko plnotučné, v pozdějším věku je pak preferováno polotučné.

### Bílé maso nemusí být dietnější

Maso je především zdrojem plnohodnotných bílkovin (10–20%), má tedy vysokou nutriční hodnotu a obsah tuku závisí na jeho druhu. Obsah cholesterolu se v masu pohybuje kolem 70 mg/100 g, jsou zde přítomny vitaminy A, D a B (B<sub>12</sub>), z minerálních látek jsou

nejdůležitější železo a zinek, jež mají dobrou využitelnost.

Podle profesorky Dostálové není pravda, že bílé maso je dietnější – libová vepřová kýta například obsahuje 6–7% tuku, zatímco kuřecí stehno 15–17% tuku.

Většina masných výrobků má vysoký podíl soli a tuku a obsahuje také fosfáty, které mají nepříznivý vliv na metabolická onemocnění skeletu. Zde autorka upozornila na tzv. křehčené maso, které je v poslední době nesprávně doporučováno jako dietní varianta. Obsahuje však pouze více vody (asi 80%), aby se v něm udržely fosfáty a sůl. Zdravější tedy rozhodně není, pouze za něj spotřebitel zaplatí o něco víc.

Zdrojem bílkovin s vysokou výživovou hodnotou jsou ryby, které obsahují vitaminy skupiny B, mořské pak vitaminy A a D a především omega-3 nenasycené mastné kyseliny (n-3 PUFA). Zde platí poněkud jiné pravidlo než u běžného masa – prospěšnější jsou hlavně tučné mořské ryby, které obsahují nejvíce n-3 PUFA. Smažením, tedy nejoblíbenější technologickou úpravou v našich podmínkách, ovšem může dojít ke značnému snížení výživové hodnoty a zvýšení podílu nevhodných tuků. Pokud už ryby smažeme, měly bychom podle Jany Dostálové používat alespoň oleje, které mají dostatečnou teplotní stabilitu.

### Veje každý den?

V případě náhledu na konzumaci vajec došlo ke značnému posunu. Je to potravina, která byla ještě donedávna zatracovaná hlavně kvůli obsahu cholesterolu. Jak se však ukázalo, vejce obsahují také fosfolipidy – antagonisty cholesterolu, dále 13% bílkovin, 12% tuku PUFA, vitaminy A, D, E, K a B, karoteny a také železo. Pro zdravého člověka jsou tedy jedno až dvě vejce denně zcela přijatelná.

### Skryté sacharidy v nápojích

V závěru svého vystoupení profesorka Jana Dostálová připomněla i často opomíjené kalorické hodnoty slazených nápojů. Ty podle ní mají velký podíl na rozvoji dětské obezity. Například džusy, i když nejsou uměle doslazené, jsou stále přírodní ovocnou šťávou, která má stejnou kalorickou hodnotu jako ovoce, z něhož byla připravena. U disponovaných jedinců je třeba přihlídnout i k této skutečnosti a naučit je ovocné šťávy ředit. U kolových nápojů jsou navíc rizikem už zmíněné fosfáty, které nepříznivě ovlivňují hospodaření s vápníkem.

Pokud se týká alkoholu, stále platí, že pro ženy je optimální denní příjem 200 ml vína, 0,5 l piva nebo 50 ml lihoviny, muži mohou 300 ml vína, 0,8 l piva či 70 ml lihoviny.

Jaroslava Sládká

## Mezodiencefalická modulace – rozšířené použití

V březnu 2011 byly ve FN Motol pod vedením prof. MUDr. Milana Kvapila, CSc., úspěšně ukončeny klinické zkoušky s přístrojem pro neinvazivní mezodiencefalickou modulaci (MDM). Nyní by měl začít sloužit i jako prostředek dlouhodobě pozitivně ovlivňující mikrocirkulaci v periferních tkáních.

Fyzikální metoda MDM, která normalizuje reakce organismu na poruchy způsobené funkčními i organovými chorobami či traumaty, je založena na elektrofyziologické stimulaci centrálního nervového systému. V ČR ji schválilo ministerstvo zdravotnictví již před dvěma lety pro používání při prevenci a léčbě diabetické polyneuropatie. Příslušná klinická studie byla provedena v roce 2006 ve FN Hradec Králové.

### Cílem je větší dostupnost pro pacienty

Porucha mikrocirkulace, která má za následek zhoršení průtoku krve tkáněmi, je součástí řady chorobných stavů a také velmi častým symptomem u širokého spektra

onemocnění. Od začátku května tohoto roku, kdy certifikační komise udělila souhlas s rozšířeným použitím metody MDM, ji v rámci EU a Ruské federace mohou využívat lékaři s různým odborným zaměřením, tedy nikoli pouze diabetologové. U nás je dostupná zatím ve třech MDM centrech (Plzeň, Příbram a Mariánské Lázně).

„Metoda MDM je ve světě vyvíjena již od 70. let minulého století, ale zahraniční centra se dosud specializovala převážně na invazivní výkony, zatímco u nás se jedná o zcela neinvazivní neuromodulační metodu,“ uvedla Denisa Ranochová, mluvčí příbramského pracoviště, kde je také sídlo společnosti vyrábějící přístroj pro mezodiencefalickou modulaci. Upozornila, že

pořizovací cena celého zařízení je zatím velmi vysoká, proto výrobce počítá s tím, že jeden z přístrojů bude „putovní“. Rovněž zmínila, že v současné době probíhají jednání s VZP o proplácení této terapie (jedno sezení přijde na 700 Kč a například léčba pro diabetiky se skládá z 13 procedur).

### V Plzni proběhne další ověřovací studie

Diabetologické centrum FN Plzeň připravilo studii, která má potvrdit krátkodobý a dlouhodobý efekt modulace na neuropatické potíže. Přístroj pro modulaci bude nemocnici zapůjčen a pro účastníky studie bude léčebná kúra zdarma. Pro objektivní posouzení modulačního efektu každý pacient absolvuje



Foto: MDM Centrum

z kúry, přičemž jedna z nich bude pravá modulace, druhá pak fiktivní (pořadí nebude znát ani nemocný, ani hodnotící lékař). Každá kú-

ra započne čtyřdenní hospitalizací, na kterou bude navazovat ještě 6 dní ambulantní modulace.

(Jass)

# Aplikace biologické léčby v revmatologii a dermatologii

29. dubna proběhla odborná vzdělávací konference „Efektivní komunikace sestra versus pacient“ v angelo Hotel Prague, pořádaná divizí Medical Services, Mladá fronta a. s. Hlavním tématem, kterým po celou dobu konference provázela vrchní sestra Revmatologického ústavu v Praze Jana Korandová, byla aplikace biologické léčby v dermatologii a revmatologii.

Odborným garantem akce byla MUDr. Dana Tegzová, která přítomné sestry seznámila se zásadami biologické léčby v revmatologii. As. MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, Ph.D., přednesl příspěvek o biologické léčbě v dermatologii, zejména se zaměřil na léčbu psoriázy. Závěry ze sledování bezpečnosti a nežádoucích účinků biologické léčby sdělila as. MUDr. Marta Olejárová, CSc. O své praktické zkušenosti s podáváním biologické léčby se podělila Kateřina Vondříčková, příspěvek o efektivní komunikaci s pacientem přednesla Jana Korandová, o činnosti CARD – České organizace pro revmatické choroby promluvil Karel Vedral. Na závěr odborné části programu MUDr. Hana Králová ukázala, kde si pacienti mohou najít na internetu relevantní informace o revmatických onemocněních a biologické léčbě. Mediálními partnery akce byly Zdravotnické noviny MF a časopis Sestra. Generálním partnerem byla společnost Pfizer.

## Informovanost pacientů není ideální

Revmatoidní artritida (RA), nejčastější primárně zánětlivé revmatické onemocnění, nejen způsobuje bolest a snižuje kvalitu života, ale samotný život nemocných zkracuje o 5–10 let. Jak uvedla MUDr. Dana Tegzová z Revmatologického ústavu v Praze, „u vysoce aktivní revmatoidní artritidy je doba přežití srovnatelná s dobou přežití u pokročilé Hodgkinovy nemoci nebo u koronární choroby s postižením tří cév“. Onemocněním s prevalencí 1% a roční incidencí do 50/100 000 trpí výrazně častěji (dvoj- až trojnásobně) ženy.

Pacienti s RA při komunikaci se zdravotníky samozřejmě ventilují problémy, které jim onemocnění přináší, a chtějí o nich mluvit. Mají strach z trvalé bolesti, ale i omezení možnosti pohybu a sebeobsluhy, obávají se důsledků léčby i reakce okolí na svůj stav. Ženy ve fertilním věku také zajímá, zda a jak lze skloubit

RA s graviditou. Podle zkušeností doktorky Tegzové jsou pacienti s RA špatně informovaní od svých lékařů, chybí dostupná literatura pro laiky. „Čeho ale mají víc než dost, jsou ‚zaručené‘ informace od sousedů,“ uvedla revmatoložka. Dále připomněla obecně rozdíly mezi dosavadní terapií RA (má nespecifický imunopresivní a imunomodulační účinek) a biologickou terapií jako kauzální léčbou ovlivňující jednotlivé vlastní etiopatogenetické děje. Snahou biologické léčby je ovlivnit spouštěcí mechanismus RA, tedy rovnováhu prozánětlivých a protizánětlivých cytosinů a mediátorů. Fakticky jde o cílené zásahy proti jednotlivým buňkám imunitního systému a proti prozánětlivým mediátorům.

## Bezpečnost a výhody biologik

Ve své přednášce doktorka Tegzová také shrnula dosavadní zkušenosti s bezpečností biologické léčby. Celkově jde o léčbu pacienty s RA velmi dobře tolerovanou. Projevilo se však zvýšení rizika oportunních infekcí a TBC. Protilátky proti biologiku infliximab se vyskytly u 10% pacientů. Jen vzácně se v souvislosti s biologickou terapií objevily významné neurologické, hematologické a kardiovaskulární komplikace. Výskyt solidních tumorů, lymfomů a lymfoproliferativních cho-

rob nepřevýšil očekávatelný výskyt u RA. Vzácně se v průběhu léčby rozvinul lupus-like syndrom (onemocnění klinicky připomínající systémový lupus erythematoses, ovšem s méně obvyklým postižením ledvin) a po vysazení biologik byl reverzibilní.

Zásadní výhodou biologické terapie RA je podle MUDr. Tegzové ve zlepšení celkových příznaků (únava, teplota), laboratorních parametrů, fyzické funkce a především snížení bolesti i otoku. Dále biologická léčba RA pozitivně ovlivňuje mimokloubní symptomatiku, zpomaluje rtg progresi, umožňuje pacientům návrat do práce a celkově zvyšuje kvalitu života nemocného.

## Šance při těžké psoriáze

As. MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, Ph.D., z Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a FNKV se ve svém příspěvku věnoval možnostem biologické léčby psoriázy. Toto chronické zánětlivé onemocnění postihuje až 2% populace, v pětině případů jde o těžkou formu. S psoriázou je také poměrně často (23–30% pacientů) spojena i psoriatická artritida. Biologická léčba je i pro ně velkou nadějí. Doktor Gkalpakiotis dále vysvětlil dělení dostupné biologické léčby podle mechanismu působení do dvou skupin: léky blokující tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- $\alpha$ ), tj. adalimumab, etanercept, in-



MUDr. Spyridon Gkalpakiotis.

Foto: Jakub Haberhauer

fliximab, a léky blokující interleukin 12 a 23 (IL-12/23) – ustekinumab (Stelara, novinka v ČR dostupná od dubna 2010). Ve fázi III klinického zkoušení na psoriásu vulgarisje nyní plně humánní monoklonální protilátka Briakinumab (ABT 874).

Biologika cíleně zasahují do zánětlivých pochodů při vzniku psoriázy na molekulární úrovni. Dosavadní zkušenosti svědčí o tom, že mají méně nežádoucích účinků než tradiční systémová terapeutika a na rozdíl od nich nevykazují známky interakcí s jinými léky ani riziko kumulativního škodlivého působení při dlouhodobém podávání. V ČR dostupné preparáty adalimumab, etanercept, in-

fliximab a ustekinumab jsou určeny pouze pro středně závažné až závažné ložiskové formy psoriázy s postižením více než 10% povrchu těla. Používají se pro pacienty, u nichž jiná celková terapie nebyla dostatečně účinná, případně je kontraindikována nebo ji pacient netoleruje. Nemocní jsou soustředěni v centrech biologické léčby, a biologikum tedy předepisuje pouze dermatolog z tohoto specializovaného pracoviště se zvláštní smlouvou se zdravotními pojišťovnami na léčbu touto metodou.

## Kontraindikace, rizika infekcí a malignit

O výsledcích sledování bezpečnosti biologické léčby a jejich nežádoucích účincích informovala as. MUDr. Marta Olejárová, CSc., z Revmatologického ústavu v Praze. Zdůraznila, že výskyt závažných infekcí při terapii inhibitory TNF- $\alpha$  je ve srovnání s léčbou pomocí DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs) srovnatelný nebo mírně zvýšený. Infekce jsou nejčastější v prvním roce léčby. Jde jak o závažné bakteriální infekce (především měkkých tkání, kůže a kloubů), tak i častější výskyt granulomatózních infekcí (např. listeriózy nebo kandidózy) a tuberkulózy či virových infekcí (herpes zoster, bývá i častější reaktivace chronické hepatitidy B; u hepatitidy C však riziko exacerbace pravděpodobně zvýšené není).

„Riziko tuberkulózy v souvislosti s anti-TNF léčbou je bohužel prokázáno, obvykle jde o reaktivaci latentní infekce, častější jsou mimoplicní formy. Nejvyšší výskyt bývá ve 3.–12. měsíci léčby a riziko je pravděpodobně vyšší u monoklonálních látek než u etanerceptu, nicméně po zavedení preventivních opatření proti reaktivaci latentní tuberkulózy se výskyt TBC výrazně snížil,“ vysvětlila MUDr. Olejárová. Před zahájením léčby je samozřejmě nutné nezanedbat příslušná vyšetření včetně screeningu latentní TBC.

Jak dále uvedla, inhibitory TNF- $\alpha$  mají rovněž své zásadní kontraindikace. Jsou jimi závažné infekce – aktivní i chronické či rekurentní, například neléčená latentní nebo aktivní mykobakteriální infekce nebo nákaza hepatitidou B. Kontraindikací je i systémový lupus erythematoses nebo overlap syndromy (kombinace příznaků progresivní systémové sklerózy/sklerodermie/s jiným systémovým onemocněním), městnavá slabost srdeční, gravidita, mnohočetná skleróza, neuritida optiku či demyelinizační onemocnění.



Foto: Jakub Haberhauer

„U pacientů s revmatoidní artritidou léčených inhibitory TNF- $\alpha$  je oproti běžné populaci s RA zvýšeno riziko vzniku některých malignit,“ upozornila na dosud existující stinnou stránku moderní účinné léčby doktorka Olejárová. „Jedná se hlavně o nemelanomové kožní nádory (bazaliom a další) a nádory plic u kuřáků. Riziko malignit se zvyšuje při souběžné léčbě některými imunosupresivy, jako je cyklofosfamid, azatioprin, merkaptopurin. Pozorujeme i zvýšenou incidenci lymfomů, leukemií, melanomů a některých solidních nádorů,“ pokračovala ve výčtu rizik léčby inhibitory TNF- $\alpha$  MUDr. Olejárová.

Při dlouhodobé léčbě abataceptem (inhibitor kostimulace) bylo pozorováno zvýšené riziko infekcí, zažívací obtíže a zvýšení jaterních enzymů. Nebylo pozorováno zvýšené riziko nádorových onemocnění, recentní analýza neprokázala větší frekvenci lymfomů či solidních tumorů v porovnání se srovnatelnou populací. Přesto je abatacept kontraindikován u nemocných se zhoubným nádorovým onemocněním v posledních 5 letech, výjimku tvoří jen kompletně odstraněné nemelanomy kůže.



MUDr. Marta Olejárová. | Foto: Jakub Haberhauer

Akutními nežádoucími účinky tocilizumabu (inhibitor IL-6) mohou být anafylaktoidní reakce (0,3% pacientů), hypertenze, bolesti hlavy a exantém, vzestup jaterních enzymů, zvýšení lipidů a lipoproteinu v séru, pokles neutrofilů a trombocytů. Při dlouhodobé léčbě je zvýšeno riziko infekcí a kardiovaskulárních onemocnění. Kontraindikací pro podání tocilizumabu je závažná granulocytopenie, závažná trombocy-

topenie a těžší poruchy jaterních funkcí.

Mezi nežádoucí účinky rituximabu (monoklonální protilátka vůči CD20 pozitivním B lymfocytům) patří zvýšené riziko infekcí, nejčastěji respiračních a močových. Co se týká incidence kardiovaskulárních příhod, v placebem kontrolovaných studiích, nebyl popsán jejich zvýšený počet, naopak byl srovnatelný s placebem. Kontraindikací podání rituximabu jsou

akutní infekce a imunodeficity. Opatrnost by měla být na místě při častých či chronických infekcích v anamnéze.

Jak doktorka Olejárová závěrem svého příspěvku zdůraznila, především je u každého případu třeba individuálně zvážit poměr přínosu a rizika léčby.

### Nevhodnou komunikací lze pacienta poškodit

O efektivní komunikaci sestry s pacientem hovořila vrchní sestra Revmatologického ústavu v Praze Jana Korandová. Přednesla obecné teze o verbální i nonverbální komunikaci (řeč těla, oční kontakt) a aplikovala je na konkrétní situace, kdy dochází ke kontaktu sestry s pacientem, i na její edukační roli vůči němu. Upozornila na velké rezervy v informovanosti o revmatických onemocněních především u laické veřejnosti. „O nemoci a jejich důsledcích nechtějí slyšet zaměstnavatelé, často ani rodina,“ řekla zdravotnice. I sestra hovoří s pacientem o jeho nemoci, musí to však být ve vhodné situaci. „Pokud s pacientem začnete o nemoci mluvit ve špatnou dobu, nejen že to nepřijme, ale ještě mu tím můžete psychicky uškodit,“ zdůraz-

nila Jana Korandová. „Je mnoho pacientů, jež při své práci potkáme, se kterými budeme komunikovat a edukovat je. Nemusejí si zapamatovat naše jméno, určitě si ovšem zapamatují, jak jsme se k nim chovali. Naši kolegové stejně tak,“ shrnula závěrem.

Jana Jilková

Generální partner:



Mediální partneri:



Organizátor:



Inzerce A111010175

## Knižní novinky z edice Aeskulap



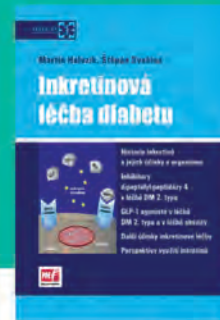
### Trendy v profylaxi žilní tromboembolické nemoci

Doporučené operační postupy

Publikace popisuje současné názory a směry v profylaxi žilní tromboembolické nemoci (TEN), její epidemiologii i prostředky farmakoprofylaxe. Navrhované postupy jsou ve formě doporučení, nejedná se o pevný soubor norem, který by bránil v rozhodování v konkrétních klinických situacích.

Autoři: J. Malý, P. Kessler, J. Gumulec, A. Buliková, M. Penka, R. Malý, P. Dulíček a kol.

Doporučená cena 380 Kč\*



### Inkretinová léčba diabetu

Inkretinová léčba je v současné době nepochybně nejnadějnějším přístupem v rámci komplexního ovlivnění široce rozšířeného a patofyziologicky složitěho onemocnění diabetem. V této publikaci se autoři pokusili shrnout aktuální poznatky o této moderní terapeutické modalitě. Informace jsou určeny pro všechny lékaře pečující o pacienty diabetiky a předepisující inkretinové léky.

Autoři: Martin Haluzík, Štěpán Svačina.

Doporučená cena 220 Kč\*



komplexní informační servis ve zdravotnictví



\*sleva 15 % na kniha.cz



## ODBORNÉ AKCE

# Více nadějí pro pacienty s mnohočetným myelomem

Využití moderní terapie zdvojnásobilo délku přežití zejména mladších pacientů s mnohočetným myelomem. Nové léky a léčebné postupy zahrnující dlouhodobou udržovací léčbu u pacientů s mnohočetným myelomem byly tématem 15. mezinárodního workshopu o myelomu, který se konal 3.–6. května v Paříži.

### Nečekaný úspěch udržovací léčby

Studie CALGB (*Cancer and Leukemia Group B*), sponzorovaná americkým Národním institutem pro léčbu rakoviny (NCI), prokázala, že udržovací terapie Revlimidem, podávaná pacientům s mnohočetným myelomem po transplantaci kostní dřeně, oddaluje dobu do progresu onemocnění a zlepšuje celkové přežití. Výsledky studie potvrdily 90% celkové přežití (*overall survival rate*) u pacientů s myelomem, kteří byli léčeni více než dva roky Revlimidem, ve srovnání s 83% přežitím u pacientů, kteří dostávali placebo. Studie CALGB dále ukázala, že udržovací léčba Revlimidem má za následek delší remisi a oddálení progresu onemocnění v průměru o 4 roky.

„O udržovací léčbě se hodně diskutovalo v 80. a 90. letech minulého století, kdy se dospělo k závěru, že tato léčba je neefektivní,“ vysvětluje prof. MUDr. Roman Hájek, CSc., z Interní hematologické kliniky LF MU a FN Brno. „Vycházelo to ze skutečnosti, že užívané léky se ukázaly jako špatně snášené a toxické – při léčbě thalidomidem dvě třetiny pacientů ukončily léčbu během prvního roku pro nežádoucí účinky. Pak se objevil lenalidomid, který má dobrý bezpečnostní profil. Předpokládalo se tedy, že je vhodným kandidátem pro dlouhodobou léčbu. Výsledky studií dvojnásobně předčily očekávání. Efekt udržovací léčby s lenalidomidem prokázal revoluční prodloužení přežití až o dva roky.“ Lenalidomid má v současnosti jako jediný lék potvrzený účinek v udržovací léčbě. Vykazuje totiž jiný mechanismus účinku než předchozí léky. Nepůsobí čistě protinádorově, ale má imunomodulační účinky.

„Prezentované výsledky budou mít za následek zásadní změnu indikace. Revlimid bude indikován pro udržovací léčbu u pacientů s nově diagnostikovaným myelomem. Tato léčba dramaticky zlepšuje přežití nemocných,“ konstatuje profesor Hájek. Pro srovnání:



Předseda IMF profesor Brian Durie. | Foto: IMF

V 90. letech se 10leté přežití pohybovalo kolem 5%. Po zavedení autologní transplantace krvetvorných buněk stoupl na 15–20% a po zavedení nových léků lze očekávat 10leté přežití u 25–30% pacientů, s udržovací léčbou dokonce až u 40%.

### Nižší dávky nejsou k dispozici

Mnohočetný myelom je druhý nejčastější nádorové krevní onemocnění po lymfomech. Jeho incidence stoupá a je stále častěji diagnostikován u mladých lidí. V současné době jde o nevyléčitelné, avšak dobře léčitelné onemocnění s dlouhodobým přežíváním pacientů. S novými léky se navíc zlepšuje kvalita života pacientů, neboť moderní léčba má méně vedlejších účinků a je lépe tolerovaná. V současnosti jsou k dispozici tři klíčové léky: thalidomid (Myrin), bortezomid (Velcade) a lenalidomid (Revlimid). Základní indukční léčba myelomu představuje 4 až 6 cyklů chemoterapie. Následuje léčba konsolidační, kterou je buď autologní transplantace krvetvorných buněk, nebo další, intenzivnější léčba. Poté se léčba ukončí nebo se pokračuje léčbou udržovací, kdy se dlouhodobě podává nižší dávka léku.

Potřebná nižší dávka je však pro české pacienty obtížně dostupná. „Moderní léčba je sice obecně v naší zemi dostupná a léky jsou k dis-

pozici po schválení příslušnými orgány (EMA), na druhé straně se tu potýkáme s legislativními překážkami, které ohrožují samotný princip léčby. U každé léčby platí, že objeví-li se nežádoucí účinky, je třeba léčbu změnit nebo snížit dávkování. V případě myelomu se potřeba redukce dávky týká až dvou třetin pacientů. Nižší dávkování je primárně potřebné také pro pacienty s renálním selháním. S Revlimidem to ale není možné. Máme ho totiž k dispozici jen v 25miligramovém dávkování, přičemž 15miligramové dávky nejsou k dispozici vůbec a 10miligramové dávky získáváme velmi obtížně, po mnoha měsících usilovných komunikačních bojů,“ zlobí se Roman Hájek.

### Nové molekuly, nové mechanismy účinku

Ve vývoji jsou molekuly, které by mohly dále zlepšit situaci pacientů s myelomem. K nové generaci léků patří pomalidomid ze skupiny imunomodulačních látek (IMiD) či inhibitor proteáz – carfilzomid. Tyto látky budou určeny pacientům v relapsu a těm, kteří neodpovídají na současnou léčbu. Moderní léky počínaje re-



Profesor Mario Boccardo z Turínské univerzity. | Foto: IMF

vimidem nejsou neurotoxicke jako jejich předchůdci, avšak stále mají vedlejší účinky. Tento problém by mohly vyřešit léky s cíleným působením na nádorovou tkáň jako monoklonální protilátka elotuzumab, která je ve fázi III klinického testování.

„Zajímavým a převratným zjištěním prezentovaným na letošním kongresu je fakt, že myelom ve skutečnosti není jeden typ nádoru, ale celá skupina. To znamená, že v jednom okamžiku nacházíme u jednoho pacienta několik různých klonů, jež reagují odlišně

na různou léčbu. Relaps tedy nemusí znamenat absolutní neúčinnost předchozí léčby, spíše odráží skutečnost, že daný lék účinně působil jen na některé z myelomových klonů. V praxi tento poznatek povede k dalšímu zdůraznění současného trendu kombinované terapie s využitím několika účinných látek v rámci vstupní léčby,“ vysvětluje profesor Hájek.

### DMG, IMF a projekt CRAB

Každoročně je v České republice diagnostikováno asi 450 nových pacientů s myelomem. Část jich je asymptomatických a jsou objeveny náhodně při běžném biochemickém vyšetření. Podezření na myelom by měl lékař pojmut například při nálezů vyšší celkové bílkoviny. V Česku zároveň čtvrtým rokem běží projekt CRAB zaměřený na lékaře, kteří mohou přispět ke včasnému zachytu tohoto onemocnění – praktičtí lékaři, nefrologové, ortopedi, revmatologové, algeziologové.

Úspěchy dosažené na národní úrovni lze z velké části přičítat odborníkům sdruženým v České myelomové skupině (CMG), která udržuje silné partnerství s Mezinárodní myelomovou nadací (IMF). „IMF v nás vidí modelový příklad, jak by to mělo fungovat v ostatních zemích. Je to výsledek 15leté koncepční spolupráce mezi lékaři, vědci a pacienty,“ dodává profesor Roman Hájek, předseda CMG a mezinárodně uznávaný odborník na tuto problematiku. Do budoucna by chtěl propojit patientské a klinické aktivity v zemích Vyšegrádské čtyřky, tedy vytvořit větší kooperativní skupinu v rámci střední Evropy pro další výměnu zkušeností a zlepšování kvality života pacientů s mnohočetným myelomem.

MUDr. Andrea Skálavá



Profesor Roman Hájek (třetí zleva) v diskuzi s kolegy. | Foto: IMF

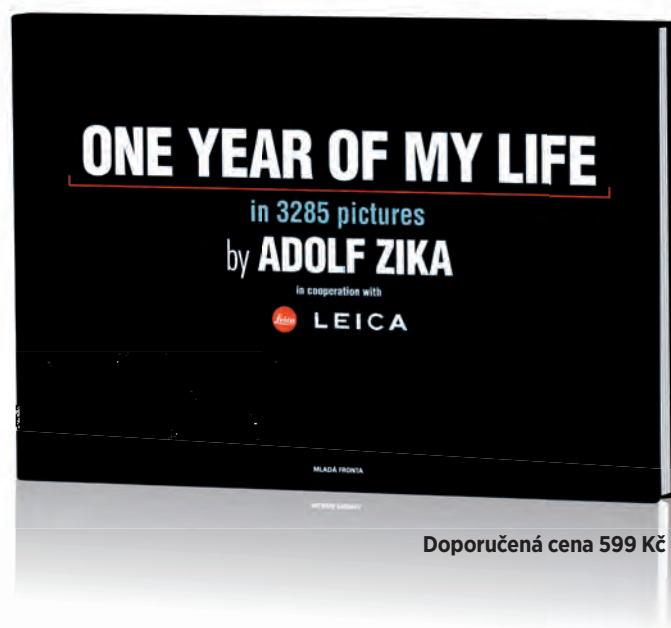
# Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

## 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.....



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, lekarska specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

## TRENDY A PERSPEKTIVY MEDICÍNSKÝCH OBORŮ

# Chronické záněty jater

U chronických hepatitid se postupně rozšiřují diagnostické možnosti a na poli terapie došlo v posledních letech k významnému pokroku, například v léčbě autoimunitní hepatitidy či hepatitid virového původu.

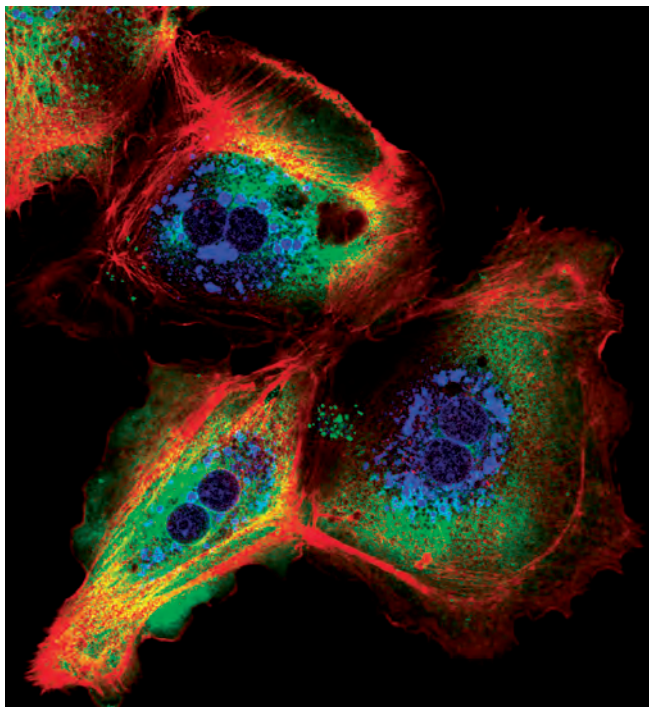
Chronické hepatitidy představují širokou skupinu onemocnění, charakterizovanou zánětlivě nekrotizujícími procesy v játrech, které se liší etiologicky, průběhem i odpovědí na terapii. Nutno si uvědomit, že játra jako orgán odpovídají na patogenní podnět poměrně uniformně a proto bývá histologický obraz velmi podobný, bez ohledu na etiologii hepatitidy. Z toho vyplývá, že lékař musí nutně znát klinické projevy onemocnění a s nimi spojené laboratorní nálezy, které vedou ke stanovení diagnózy.

Tato chronická onemocnění jater představují velmi pestré diagnostické skupiny a vznikají z různých příčin (virové hepatitidy, metabolicky podmíněné, autoimunitní aj.). V mnoha případech jejich správné určení vyžaduje složitý proces zahrnující řadu speciálních vyšetření (histologická, imunologická, molekulárně genetická aj.).

### Současná typologie dle etiologických hledisek

Rozlišujeme několik základních typů chronické hepatitidy.

- **Hepatitidy virové** (hepatitidy B a C). V našich zemích se daří především díky vakcinaci snižovat výskyt hepatitidy B, ale kvůli přílivu imigrantů ze zemí Orientu, Afriky a Středomoří se s tímto typem hepatitidy jistě budeme setkávat i nadále. Dále se dnes hepatitida B zvyšuje výskyt mezi homosexuály, narkomany a imunosuprimovanými pacienty. Hepatitida C se vyskytuje především u skupiny i. v. narkomanů, ale i u lidí s předchozí anamnézou aplikace krevních transfuzí. Existuje však velká skupina pacientů, u kterých se nám nepodaří přesný původ hepatitidy C jednoznačně určit. Výskyt tohoto typu hepatitidy má v naší zemi bohužel vzrůstající tendenci a vakcinace v současné době není možná. U novorozenců a imunosuprimovaných pacientů mohou vést k chronické hepatitidě i jiné virové infekce (např. cytomegalovirová).
- **Autoimunitní hepatitidy** diagnostikujeme především u žen a velmi často jsou spojeny i s ji-



Hepatocyty. | Foto: radiographics.rsna.org

nými autoimunitními chorobami, jako je diabetes mellitus, tyreopatie, artritida, hemolytická anemie, nefritidy aj.

- **Polékové hepatitidy** se vyskytují především u žen středního a vyššího věku s anamnézou užívání léků (např. isoniazid, metyldopa, nitrofurantoin).
- **Hepatitidy z metabolických příčin** se mohou vyskytovat u řady onemocnění, např. při Wilsonově chorobě, nedostateku alfa-1-antitrypsinu, nadměrném přísunu železa či u některých typů porfyrií.
- **Alkoholická chronická hepatitida** se může objevit v určitém období při déle trvajícím abúzu alkoholu jako histologicky definovaná chronická hepatitida.
- **Nealkoholická steatohepatitis (NASH)**. Při vývoji tohoto onemocnění hraje důležitou roli obezita, dyslipidemie a inzulinová rezistence. V některých případech může dospět až k jaterní cirhóze.

### Klinické projevy nemusí být výrazné

Klinická symptomatologie chronických jaterních onemocnění nemusí být nikterak výrazná, v mnoha případech se vyznačuje

šetření hodnotíme u těchto pacientů především jaterní testy. Aktivita sérových transamináz však vždy zcela přesně neodráží závažnost histologického nálezu, ale lze ji použít pro přibližné hodnocení aktivity onemocnění. Pro chronickou hepatitidu C je naopak typické kolísání hodnot sérového ALT, které se pohybují v rozmezí hodnot normálních nebo jen mírně zvýšených. Sérový bilirubin, alkalická fosfatáza a albumin bývají normální, s výjimkou těžkých forem.

Z dalších testů se rutinně využívají vyšetření krevního obrazu. V těžkých případech a při přechodu do cirhózy může být přítomna trombocytopenie, anemie a leukopenie. To se týká i hodnot protrombinového času. Pro stanovení konkrétní etiologie se využívají speciální laboratorní vyšetření. Ta mají rozhodující význam např. u chronických virových hepatitid.

U hepatitidy C se stanovují protilátky anti-HCV a dále se provádí vyšetření HCV-RNA metodou PCR (polymerázové řetězové reakce) k průkazu přítomnosti viru v séru. V současné době je toto vyšetření rutinně prováděno nejen kvalitativně, ale mělo by být provedeno i kvantitativně, se současným stanovením genotypu viru. U hepatitidy B se stanovuje řada markerů hepatitid, kdy přetrvávání pozitivivity HBsAg (eventuálně i HBeAg) déle než 6 měsíců svědčí o přechodu hepatitidy B do chronicity. Rovněž i u hepatitidy B se provádí vyšetření HBV-DNA metodou PCR ke stanovení přítomnosti viru v séru pacienta.

U autoimunitní hepatitidy vyšetřujeme sérové autoprotilátky – antinukleární protilátky, protilátky vůči hladkému svalstvu, mikrozomům jater a ledvin a antimitochondriální protilátky.

### Vyloučení porfyrie, hemochromatózy, Wilsonovy choroby

V případě podezření na Wilsonovu chorobu se provádí vyšetření ceruloplasminu v séru, stanovení mědi v séru, vylučování mědi do moči za 24 hod. a především její koncentrace v jaterní sušině. V současné době již lze provést molekulárně genetické vy-

šetření ke zjištění nejčastějších mutací asociovaných s tímto onemocněním. Dále při podezření na tuto chorobu provádíme oční vyšetření k průkazu Kayserova-Fleischerova prstence a neurologické vyšetření.

Při podezření na hemochromatózu se provádí stanovení železa, feritinu a transferinu v séru. Dále se provádí molekulárně genetické vyšetření a průkaz železa v jaterní tkáni jaterní biopsií. Při podezření na *porphyria cutanea tarda* se vyšetřuje množství vyloučených porfyrinů v moči.

### Role jaterní biopsie a zobrazovacích metod

U většiny chronických hepatitid je prováděna jaterní biopsie, která je základem pro stanovení diagnózy a určení možné etiologie.

U pacientů s chronickým jaterním onemocněním provádíme i zobrazovací vyšetření. Základní zobrazovací metodou v hepatologii je v současné době transabdominální ultrasonografie, jež hraje hlavní úlohu v diagnostice především komplikací některých chronických hepatitid – jedná se o diagnózu jaterní cirhózy a jejích komplikací (portální hypertenze), dále pak tato metoda hraje klíčovou roli v diagnostice ložiskových procesů jater (nádory primární či sekundární, benigní ložiskové léze aj.).

V některých případech využíváme i další zobrazovací metody, jako je výpočetní tomografie. Magnetická rezonance hraje stále významnější roli v diferenciální diagnostice především ložiskových procesů jater.

### Prevence rozvoje jaterní cirhózy

Léčba některých typů chronických hepatitid prodělala v poslední době bouřlivý rozvoj a zahrnuje celou škálu léčebných opatření. Jedná se především o opatření režimová, neboť stále platí, že v terapii jaterních onemocnění je velmi důležité fyzické šetření a klidový režim. Dále by měl pacient rozhodně vyloučit alkohol a dodržovat některá dietologická opatření, zejména se vyvarovat příjmu živočišných tuků a obohatit potravu o vitaminy a kvalitní bílkoviny.

Pacienti s polékovou hepatitidou by rozhodně měli vysadit ty medikamenty, o kterých předpokládáme, že jsou jejím vyvolávajícím faktorem. U většiny pacientů je možné podávat léky ze skupiny hepatoprotektiv, jež jsou tvořené různými kombinacemi látek majících prokázaný protektivní efekt na jaterní buňku (esenciální fosfolipidy, vitaminy především



skupiny B, kyselina listová, silymarin – extrakt ostropestřce aj.). Zásadním pokrokem posledních let je léčba chronických virových hepatitid, u kterých se využívají látky charakteru virových antibiotik a interferonu. Nejpodstatnější pro zdůvodnění této léčby je fakt, že neléčené chronické virové hepatitidy velmi často přecházejí do stadia jaterní cirhózy, což ve svých důsledcích představuje zvýšené riziko hepatocelulárního karcinomu. Cílem léčby chronické virové hepatitidy B je tak především snížení infekciozity, a tedy prevence rozvoje jaterní cirhózy.

### Stále účinnější farmakoterapie

Základním lékem u pacienta s chronickou hepatitidou B je interferon alfa. Podává se v monoterapii v pegylované (depotní formě) 1x týdně subkutánně, s dobou trvání léčby většinou půl roku. Její efektivita se v současné době pohybuje mezi 30 a 40 %. Nevýhodou terapie interferonem je přítomnost nežádoucích účinků (deprese, indukce autoimunitních onemocnění, bakteriální infekce, indukce akutní psychó-

V řešení problematiky chronických hepatitid je velmi podstatná především úloha praktického lékaře, neboť právě on je většinou první, kdo provádí základní kroky ke stanovení správné diagnózy. Vlastní specifikace diagnózy, histologická verifikace a provedení celé škály vyšetření (včetně molekulárně genetických) je pak v rukou odborníka-hepatologa, často i v rámci hospitalizace.

zy) a poměrně značná finanční náročnost.

Dalšími preparáty, jež v terapii chronické hepatitidy B zaujímají stále častější místo, jsou léky s antivirovým efektem (antivirotika). Mezi ně patří např. Lamivudin, Entacevir, Adenosyl či Tenofovir. Léčba těmito přípravky je na rozdíl od léčby interferonem dlouhodobá, mnohdy celoživotní.

Základním terapeutickým přístupem v terapii chronické hepatitidy C je v současné době aplikace pegylovaného interferonu a ribavirinu (antivirotikum) v délce 24 nebo 48 týdnů (dle genotypu viru). Správná terapie chronické hepatitidy C vyžaduje přesnou monitoraci hladin virového RNA



ilustrační foto: pharmacyrow.com

v séru, včasný záchyt komplikací a zvolení vhodného léčebného schématu. Při dodržení těchto zásad se úspěšnost této terapie (hodnocená dosažením setrvalé virologické odpovědi – negativity HCV PCR) pohybuje kolem 50 %.

Léčba chronické autoimunitní hepatitidy spočívá v terapii kortikoidy, často v kombinaci s imunosupresivou (azatioprin). Kombinace kortikoidů a imunosupresiv je ve většině případů velmi účinná, vede k mnohaleté remisi onemoc-

nění a k minimalizaci vedlejších účinků celkové terapie kortikoidy. Bylo prokázáno, že pacientům s těžkou autoimunitní hepatitidou tato terapie prodlouží život. U metabolicky podmíněných chronických hepatitid se používají speciální terapeutické přístupy vyplývající z příčiny onemocnění: např. u Wilsonovy choroby se využívá především chelatačního účinku penicilaminu ke zvýšenému vylučování mědi močí, u hemochromatózy pak jde o opakova-

né venepunkce s cílem odstranit přebytečné železo a mobilizovat jeho tkáňové zásoby.

Při terapii nealkoholické steatohepatitidy využíváme vedle režimových opatření (dieta, léčba velmi často přidruženého metabolického syndromu, váhový úbytek) i řadu dalších přístupů, jako je léčba hyperlipoproteinemie, nasazení ursodeoxycholové kyseliny, hepatoprotektiv, transmetilu aj.

as. MUDr. Tomáš Krechler, CSc.

4. Interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Inzerce A111009292

# Deník E15 nyní také v prodeji

15 MINUT PRO  
EKONOMIKU & BYZNYS



MLADÁ FRONTA



MLADÁ FRONTA



www.E15.cz

# Brouk v hlavě, tasemnice v útrobách

**Motto:** Kdo se nestará o své zdraví, bude po zásluze potrestán českým zdravotnictvím.

Už nám zase padá vláda. Ale netřeba se vzrušovat. Padá častěji než Windows. Je to už chronické. Podnik Vláda, s. r. o., je v bankrotu asi jako Sazka. Vůbec to nevádí, jede se dál. Jako. Situace se neposunuje nikam, zůstáváme na kruhovém objezdu, dokud nám nedojde benzín. Šance země utopeny ve stoce nepochopitelných souborů tajných nahrávek, stihomamu a trapnosti.

## Nulová hypotéza

A nyní k doopravdy důležitým věcem: Praktičtí lékaři, ambulantní specialisté a odboráři z ČLK se usnesli, že jsou proti Hegerově reformě. Prý české zdravotnictví jen zhorší. Pomiňme krajně pesimistickou otázku, co na něm lze ještě zhoršit, a věnujme se nulové hypotéze. To znamená, že se neudělá nic. Zub ještě není dostatečně vyhnulý a nádor dost velký. Vždyť takhle to pořád ještě jde, jak říkala ta žába v ohřívající se vodě. Neměla patřičné receptory pro rychlost změny, zato žabí perspektivu. Můžeme to odkládat. Až

jindy. *Mañana*. Nebo *morgen, morgen, nur nicht heute*, jak začíná známá německá říkanka. Dnes pro to máme nový úžasný pojem – prokrastinace. Už to není nedbalost ani lenost. Je to nemoc, přátelé. Diagnóza. Takže asi budeme všichni marod.

Na hlavu. Tu hlavu, již je nutné vytáhnout z písku a propláchnout si oči. *Statim*.

ODS prý chce nějakou jinou reformu, i když Leoš Heger v podstatě dělá tu jejich. Jenže oni nechtějí Hegera. VV mění svá principiální stanoviska každých 24 hodin bez ohledu na vládní prohlášení, a to ústy muže, jehož bizarnosti byly příčinou vládní krize a musel s ostudou vypadnout ze svého ministerstva. Člověk s náhledem by zalezl dva metry pod zem a chodil kanály. Leč drzé čelo lepší poplužního dvora. O hroší kůži nemluvě. Náзор VV sice není věcně relevantní, ale mají bohužel hlasy. Ať raději zhyne svět, než



MUDr. Milan Novák  
neurolog@centrum.cz

aby nebylo po našem. Jak české!

## Tahal dědek řípu

Současný stav už není konzervovatelný jakýmkoli doléváním státních peněz (ani kdyby nějaké byly). Systém, tak jak běží či

spíše hñije zaživa, poškozujíc sám sebe i většinu účastníků. Menšina z něj tyje na základě svého zvláštního postavení, privilegií (bodové nadhodnocení, „speciální“ smlouvy s pojišťovnamy), ekonomické síly (výrobci) a korupce. Máme nadbytek ambulantních specialistů i lůžek a nízké kompetence praktiků přetíženy zbytečným chozením lidí po doktorech. Péče nezřídka probíhá na principu dědka, co tahal řípu velikou. Je to auto se zadřeným motorem a dírou v nádrži, které žere sto litrů na sto kilometrů a radost z něj mají jen *pumpaři od Zlaté podkovy*. Systém spotřebovává víc, než produkuje, a poškozujíc potřebné pacienty. Nejen cestou

chybějících financí, ale především formou chybějícího času, což je na rozdíl od peněz hodnota tragicky nevratná. Peníze obíhají, kdežto čas je vektor: Letí po přímce jen jedním směrem. Reforma má proto jedinou alternativu. Můžeme se bavit jen o ladění či míře radikality jednotlivých opatření.

## Jak lvové bijem o mříž!

Osobně bych velmi přivítal omezení kompetencí komory. Zrušení povinného členství je zásadním krokem z klece na svobodu. Pokračování dnešních poměrů je nesnesitelné. Nechci být povinně členem pseudoodborů, které vyvíjejí politické aktivity, jež jsou v příkrém rozporu s mým pohledem na svět. Členství v politické straně si mohu vybrat, u voleb si mohu vybrat, ale v ČLK být musím. Je to jako osudové prokletí, vězeňská koule na noze. A to prosím osvícený císař Josef II. blahé paměti zrušil nevolnictví už před 230 lety.

V dobách pošetilých porevolučních iluzí se komory považovaly za prvek občanské společnosti. Bohužel. Ideologicky mají blíž ke středověkému stavovství, indickým kastám a Mussoliniho myšlenkám korporativního státu. A proč zrovna lékaři? Co jsme komu udělali? Bože, za co nás trestáš? Což nejsme občané jako každý druhý? To bychom také za chvíli mohli mít komoru dělníků, rolníků a pracujících inteligence. Národní frontu.

Ideál malého efektivního státu s promptní vymahatelností a předvídatelností práva nepotřebuje žádné povinné komory. A už určitě ne u lékařů-zaměstnanců. To je vrchol. Ne hlouposti. Mazanosti. Jde samozřejmě o *fund-raising*. Peníze až na prvním místě. To není předstírané intelektuální pohoršování nad přizemností finančních otázek. Kdepak. Nemám vůbec nic proti penězům. Jen musí být za něco. A to něco by mělo být poctivé. Aspoň jakž takž. Zůstaňme nohama na zemi, jsme v Česku.

## Služba beze smyslu

Samozřejmě, že mám k jednotlivostem reformy i některé dílčí

výhrady. Nepovažuji kupříkladu za úplně šťastnou myšlenku uložit praktikům povinnost sloužit LSPP. Ty pokusy už byly. Neúspěšné. Mimoekonomické přinucení bývalo základem jiných ekonomicko-sociálních formací. Zmizely v propadlišti dějin, ve střední Evropě nejpozději roku 1848. Navíc tato služba stále více postrádá smysl. Je to výběrový produkt. Co kdo pořídí na pohotovosti? *Parere* do nemocnice. Pro naléhavé stavy je tu špitál s celým svým diagnostickým zázemím, pro vyslovené urgentní onemocnění pak máme rychlou. Cokoli mezi tím je zbytečné buď věcně, nebo časově.

A ti benigní pacienti? Chození po doktorech s nezávažnými kauzami je národní sport. Pěstovat tuto disciplínu ještě i v mimopracovní době s vychytralým kalkulem na získání omluvenky na *zabulanou šichtu* či ušetření času stráveného v čekárně v normální ordinační době, to je příliš. Je-li společenská poptávka po pohotovosti, nechť přijde i veřejná platba nemocnicím za tuto službu nad rámec jejich dosavadních povinností. A je to. Ona poptávka je většinou lokální, mnohdy i trochu populistická, z úst starostů obcí. Nechť tedy rozbijí obecní prasátko a složí se. Budou vítáni. Kdo maže, ten jede. Služby se stejně jako zboží nedarují. Kupují se. Jinak to dnes ani nejde. Peníze jsou hnojivem ekonomiky, růstovým hormonem služeb.

## Kaleidoskop přežití

Námítky mám i proti generické preskripci bez jakéhokoliv omezení korektivu. Mohu zde hovořit zcela objektivně, neboť dnes již preskribuji jen *ad usum proprium*, nemám tedy žádné vztahy s firmami. Domnívám se, že myšlenka generické preskripcie je vynikající ve vztahu k lékům akutního, krátkodobého nebo ještě přesněji řečeno jednorázového použití: antibiotická kúra při angíně, nesteroidní antirevmatika při přechodném bolestivém onemocnění atd. Obávám se však, že je kontraproduktivní u léků chronického použití, tj. indikací ve smyslu kompenzace dlouhodobých, často doživotních onemocnění. Hlavní příklady: epilepsie, Parkinsonova choroba, hypertenze, diabetes. V epileptologii existuje odborný konsensus na zásadní nevhodnosti generických změn z medicínsky nezávažných důvodů. Právně vzato je takovýto konsensus jedním ze zdrojů oné měňavky s fluktuujícími a někdy i ošidně vágními hranicemi,



V dobách pošetilých porevolučních iluzí se komory považovaly za prvek občanské společnosti. Ideologicky však mají blíž ke středověkému stavovství, indickým kastám a myšlenkám korporativního státu. | Foto: Leoš Chodura

## NEJSEM SI JIST

kteří nás dělí od kriminálu. To-muto komplexnímu myšlenkové-mu konstruktovi se tradičně říká *lege artis* a pohyb výhradně uvnitř něho je základní etickou, odbornou, ale zejména právní povinností lékaře. A říkám-li právní, myslím trestněprávní.

Mezi těmito chroniky budou především senioři, dnes polovina, zítra dvě třetiny populace. Často jsou to pacienti, jimž není snadné užívání léků vysvětlit. Právě oni jsou v riziku záměn a duplicit, už jen počtem užívaných preparátů a poklesem kognitivních funkcí. Pokud se ve své medicaci vůbec orientují, mají ji vypsanou na papírku nebo mají z krabiček léků vystříhané jejich názvy. Do nemocnice přinášejí celý svůj *saccus mirabilis*, kouzelný pytlík obsahující jejich medicaci *in extenso*. Bohužel není vždy jasné, zda z toho souboru barevných krabiček s nezapamatovatelnými nápisy užívali sukcesivně, či zda medikují paralelně. Tak či onak, oni vlastně z pudu sebezáchovy zajišťují svépomocí za nás, lékaře, kteří jsme odvykli mezi sebou komunikovat, jednu moc důležitou věc. Říká se jí kontinuita péče a u chroniků má doslova cenu života. Není třeba velké obrazovnosti, abychom si představili, co do toho vnesl generická záměna podle momentálních cenových a úhradových poměrů. Barvy krabiček i prapodivné názvy budou vířit jako v kaleidoskopu. Kdo se zorientuje, přežije.

## Račte si vybrat!

Samozřejmě, pacient si bude smět v lékárně vybrat. Ale pozor, při koncepčních představách se vždy počítá s jakýmsi marketingovým konstruktem konfekčního pacienta. Při smyslech, střední vzdělání, funkční gramotnost. Úplně se zapomíná na pacienty substandardní, např. pro sníženou kompetenci. A že jich je po-žehnaně! Uvědomme si, že pokud lékař předepíše generický valproát, může lékárník pacientovi na-



Není třeba velké obrazovnosti, abychom si představili, co přinese možnost generické záměny. Barvy krabiček i prapodivné názvy budou vířit jako v kaleidoskopu. Kdo se zorientuje, přežije. | Ilustrační foto: Shutterstock

rovnat na pult asi 10 barevných krabiček s roztočnými názvy. Račte si vybrat, můžete se vyptat, ale za vámi stojí fronta, která jednak poslouchá vaše *privatissimo* (po tom minulém léku vás totiž svédilo přirození a zhoršila se potence), jednak netrpělivě hučí. To aby lékárník nestál za tárrou, ale měl ordinaci. Mimochodem, dobrá švanda by mohla nastat třeba při pokusu přesvědčit o nevinosti generické záměny paranoika. Snazší je ukecat konkláve kardinálů, aby si zatrsali *rock'n'roll*.

Je zřejmé, jak to skončí. Obejtí je jednoduché. Lékař napíše pacientovi na papírek výrobní název léku, který má zvolit a jiný nebrat. A pro systém je celkem jedno, zda byla motivace lékaře medicínská, nebo pekuniární. Každopádně všechno to vysvětlování sežere dost času, který tolik chybí. A to víme, že průměrně inteligentní pacient středního věku je schopen z jednorázového poučení lékařem v ordinaci retinovat zhruba jen 50 % informací. Těch

méně důležitých. Opakováním se to sice lepší, ale nijak třesku-tě. Pokud lékař nenapíše pacientovi jakýsi „druhý recept“, resp. tahák pro osobní potřebu, přijde duplicitní užívání s hospitalizacemi a všemi drahými vyšetřeními, než se problém odhalí. V horším případě čekáme úmrtí. Příčina? Jako obvykle podle rodného čísla: *athero univ. v progr.*

A hovoříme dále o negativních placebových efektech („Voni mi, mámo, dali nějakou náhražku.“) vedoucích k přerušení potřebné medicace, když už teď víme, že sotva polovina lidí užívá léky v souladu s návodem lékaře. Kromě omylu tu hraje roli nevelká ochota řady chroniků k odpovědné léčbě. Odradí je jakákoli, třeba i drobná překážka, zmatečnost či nepohodlí a může znamenat vážnou ránu pro jejich *compliance*. Ve světě se ví, že lékové problémy jsou významnou příčinou hospitalizací seniorů. U nás krčíme rameny, problém je pod hladinou. A co oko nevidí, to srdce nebolí.

Závěr: Chronické kompenzující léky, respektive jisté typy indikací, by měly být výjimkou ze systému generické preskripce. Aby se to záhy nemuselo po velkých třenicích a malárech opravovat. Nebo to život upraví samovolně, cestami výše naznačenými. A oběťmi lemovanými.

## Zajímaví už jen pro paleontology?

Ale vraťme se k pošetlosti odmítání reformy jako celku. K halucinaci, že tady v české kotlině si nějak zastavíme světa běh a věci budou fungovat vně objektivních zákonitostí, ať ekonomických, sociologických či demografických. Ach, proč nemůže všechno zůstat při starém? Ach, proč jen se nemůžeme nějak opouzdřit, sporulovat?

Bohužel (či bohudík) vše se vyvíjí a nic nezůstává na svém místě. Konzervativismus je iluzí zoufalců hnaných marnou snahou zastavit čas, jenž neustále prchá, snahou uchovat si věčné mládí.

Obvykle končí zánikem kmene, státu, národa, civilizace, kultury. Kdo stagnoval, záhy fosilizoval a dotáhl to maximálně na objekt zájmu archeologů, v horším případě paleontologů. *Panta rhei*, vše plyne.

## Zoologické okénko závěrem

V mořích žije zajímavý tvor jménem sumka. Patří mezi strunatce (*Chordata*), a je tedy naším dávným příbuzným. Její larva připomíná pulce. Čile rejdí, má centrální nervový systém, jednoduché oči a strunu hřbetní, tohoto předchůdce páteře. Plave však jen proto, aby si našla výhodné místo pro svůj dospělý život. Tam se přisaje, ba přímo přiroste. Poté dojde k zázračné proměně. Všechny evolučně pokrokové struktury zmizí. Sumka vstřebá svou páteř, oči a dokonce i mozek. Slepá, blbá, bez vnitřní opory, přemění se v tupý pytel střev. Regreduje na úroveň nálevníka a ochable plandá, přizpůsobující se proměnlivému proudění. Nasává mořskou vodu z dosažitelného okolí, filtruje z ní vejvar a očištěnou od všeho využitelného ji zas vypouští. K tomu čas od času vypustí i své pohlavní buňky. Ničeho jiného už do smrti nebude schopna. Je to vlastně taková *malá mořská tasemnice*. Jen zatím nemá bronzovou sochu. Zdá se, že evoluce v některých případech dokáže couvat po svých vlastních stopách. A to je celé. Konec příběhu.

Chtěl jsem se jen se čtenáři podělit o zajímavost, kterou jsem se nedávno dočetl v jedné knize o vývoji života na Zemi. Mým úmyslem rozhodně nebyl žádný jinotaj, podobenství, nebo dokonce přímé přirovnání. Veškerá podobnost s žijícími osobami je čistě náhodná. Pokud by totiž nebyla, byla by to skutečná katastrofa. Hrůza pomyslet: Jen tak pasivně plandat jako sumky, nic neprodukovat, nemít oči k vidění, mozek k myšlení a hlavně páteř, abychom neupadli v hanbu...

Inzerce A11100592

Informační  
materiály  
pro Vaše  
pacienty  
i pro Vás



... a mnohé další si můžete objednat na webu  
[www.letaky-pro-pacienty.cz](http://www.letaky-pro-pacienty.cz)

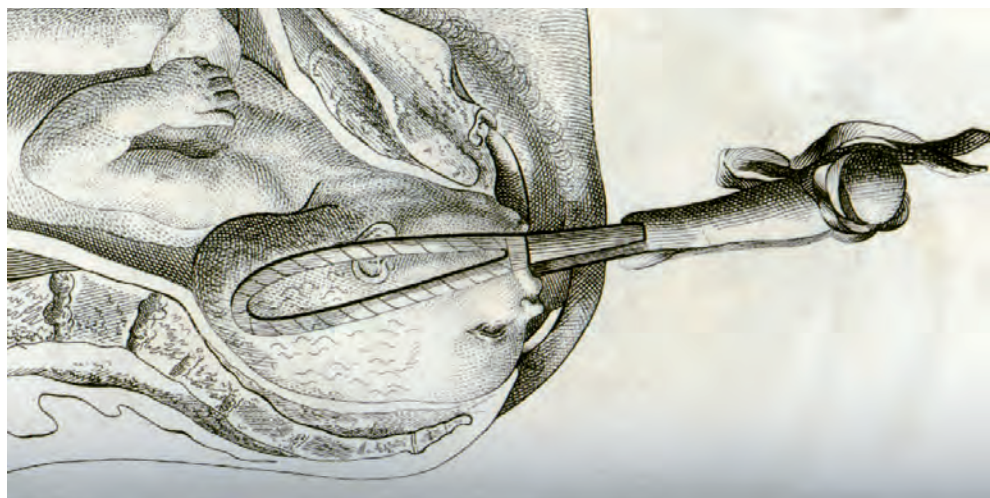
Pro více informací prosím  
volejte na 266 312 707

IDS Media CZ s.r.o.  
Kostecká 879/59  
196 00 Praha 9  
[office@ids-media.cz](mailto:office@ids-media.cz)

# Z dějin porodnictví VII

## Od chirurgie k vědeckému porodnictví

V minulém pokračování jsme se věnovali babictví, posílení pozice porodních bab a jejich pojmenování v Evropě. Dnešní díl pojednává o vzdělávání porodních bab a porodníků, o učebnicích pro ně a stručně také o horečce omladnic.



Dobové porodnické kleště

Jeden z historických názorů praví, že jedním z významných důvodů pro vyčlenění porodnictví z chirurgie a jeho následného osamostatnění byla přání mocných.

Vévodkyně de la Vallière v roce 1663 požádala obratného porodníka Juliana Clementa, aby asistoval u jejího porodu. Ten se odehrál tajně, byl u něj však přítomen, byť za závěsem, i král Ludvík XIV., který porodníka nejen finančně odměnil, ale přidělil mu i postavení dvorního pána. Porodník Clement přijal také nabídku ze Španělska, aby byl přítomen porodu manželky španělského krále Filipa V. Španělského, Marie Luisy Gabriely Savojské.

Jiný francouzský lékař, J.-L. Petit, se stal věhlasným chirurgem

a anatomem a později také porodníkem. V roce 1715 byl přijat za člena Akademie věd. Jeho věhlas jej přivedl v roce 1726 na dvůr polského krále a v roce 1734 jej pozval král Ferdinand do Španělska.

Jedním z těch, kteří měli zásluhu na vytvoření teorie mechanismu porodu, byl André Levret. Ten se pro svou šikovnost stal porodníkem matky Ludvíka XVI.

Z tehdejších porodníků si pak zcela jistě zaslouží pozornost Jean Palfijn (někdy také Jean Palfyn), vynálezce porodních kleští, nebo pánové Dussé, Grégoire, Solayré de Renhac, Baudelocque, Chapman a řada dalších. Postupně tak ve vyspělých zemích především západní Evropy dochází k jakési „přeměně“ chirurgů v odborníky jiné profese – porodníky. Mezi

šlechtou a vzdělanci se začíná šířit i jejich nové označení: *accoucheur*, v německých zemích bývají nazýváni *Geburtshelfer*, v Anglii *man-midwife* a v českých zemích jsou první muži-porodníci pojmenováni *babiči*. Tak tedy v první polovině 18. století dochází k rozvoji vědeckého porodnictví.

### První porodnické školy a porodnice v Evropě

Patrně jednou z nejstarších porodnických škol v Evropě byl Hôtel Dieu ve Francii, původně založený v roce 1195. Šlo o jeden z prvních francouzských špitálů, na jehož základech o 435 let později, v roce 1630, vznikla porodnická škola. Kromě prvních porodů zde bylo zahájeno vyučování porodních bab, které trvalo tři měsíce. Prvních šest týdnů žákyně pracovaly pod dohledem zkušenějších porodních bab, později již vedly porody samy. Mužům byl vstup do školy přísně zakázán.

Teprve o sto let později, v roce 1731, byla v Paříži založena Académie royale de chirurgie, kterou by šlo podle dnešních měřítek přirovnat k lékařské fakultě. Výuku porodnictví prováděli většinou anatomové nebo chirurgové. Jedním z předních představitelů této školy byl profesor anatomie Jean Astruc, jehož publikace byly překládány také do angličtiny a ovlivnily tak informovanost o porodech v řadě dalších zemí Ev-

ropy. Vedle francouzských porodních babiček se zde školily také babky anglické.

Absenci takových školících ústavů cítily i Anglie a Holandsko, a v první polovině 18. stol. proto došlo k jejich vzniku např. v holandském Leydenu (1725), irském Dublinu (1736), skotském Edinburghu (1739) či v Londýně (1749). V těchto místech probíhala výuka nejen pro lékaře, ale i pro porodní babičky. Ta sestávala z přípravných instruktážních kurzů, ve kterých byly používány nejprve porodnické modely. Teprve pak mohli studenti lékařství a začínající babky pracovat se skutečnými pacientkami.

Vznik ústavů v Leydenu a Edinburghu vedl k úzké spolupráci obou těchto fakult, až se z nich stalo společné centrum meziná-



Johann Georg Röderer

rodního lékařství. Jedním z věhlasných odborníků byl např. Herman Boerhaave, který učil nejen anatomii, ale také většinu dalších oborů. Jeho výuka probíhala přímo u lůžka pacienta. Jeho žáci později patřili mezi uznávané odborníky, přednášeli po celé Evropě a následně svůj vliv přenesli také do Ameriky. Jeho patrně nejslavnějším studentem byl švédský lékař a přírodovědec, zakladatel



Slonovinový model rodičky pro výuku mediků (Německo, 17.–18.stol.)



Francouzská lékařská akademie

## Z HISTORIE



Diplom porodní báby (1891)

botanické a zoologické systematické nomenklatury Karel Linné (Carl von Linné).

### Upálení za přítomnost u porodu

Pod francouzským vlivem byla v roce 1728 založena také škola ve Štrasburku. Hlavním propagátorem vzdělávání porodních babiček se stal Johan Jacob Fried, který dvakrát týdně bezplatně přednášel a třikrát týdně kontroloval práci bab v prostorách porodnice. Nemocniční a městské báby byly podrobovány průběžným zkouškám, stejně tak byly průběžně zkoušeny i starší babky, které se podílely na výuce mladých kolegyně. Také zde nejprve probíhala praxe na porodnických modelech a teprve později byly mladé babky připuštěny k pacientkám.

Jinou významnou nemocnicí, která již měla vybudovaný sál určený k porodům, byla berlínská Charité, založená v roce 1727. Nové porodní babky zde byly školeny lékaři-chirurgy i příslušnou ústavní porodní bábou.

Ve střední Evropě vznikla první porodnice při Göttingenské univerzitě v roce 1751, a to především díky iniciativě profesora Johana Geoga Röderera. Ten byl i přes svůj krátký život významnou osobností, stal se členem švédské královské akademie a členem Francouzské královské chirurgické akademie. Ve svém díle „Řeč o přednostech porodnického umění“ kritizoval přetrvávající středověké porodnické způsoby.

Jedním z kréd, které s sebou přineslo osvícenectví, bylo „vypudit smrt od lože rodičky“. Sítil tlak nejen odborníků, ale i veřejnosti, aby lidé byli motivováni k porodům v porodnicích. Proto byly v 70. letech 18. století v Německu založeny další porodnické školy včetně porodních sálů.

Některé oblasti Německa byly známé svým předsudkem, že muž nemůže být přítomen u porodu. Například v Hamburku byl v roce 1521 odsouzen a na hranici upálen lékař za to, že se zúčastnil porodu v ženském převleku. Tyto názory v Německu místy přetrvávaly až do 19. století.

### Porodnictví za Marie Terezie a Josefa II.

V Čechách proběhly významné změny v porodnictví o něco později než v jiných západních zemích Evropy, a to především spolu s dalšími tereziánskými reformami. V roce 1745 císařovna Marie Terezie povolala z Leydenu do Vídně osvícence Gerharda van Swieten, někdejšího žáka profesora Hermana Boerhaava. Ten se stal nejen jejím osobním lékařem, ale i jedním z jejích nejbližších spolupracovníků a rádců. Byl císařovnou pověřen, aby jako odborník na lékařské školství pomohl s rozvojem zdravotní a také porodnické péče. Univerzity, včetně té pražské, byly za Marie Terezie



Gerhard van Swieten na památníku Marie Terezie

zie postupně podřízeny zájmům státu a státním úřadům, unifikovány a zbavovány zbytků své autonomie. Nově ustanovená státní správa vytlačila akademickou samosprávu univerzity na okraj a převzala všechny důležité činnosti. Prakticky všichni profesori univerzity následně pocházeli z českých zemí. Výrazně vůli tomu ubýlo cizích studentů.

V roce 1774, za vlády Josefa II., se pražská univerzita zbavila přetrvávajícího církevního dohledu a stala se jedním z orgánů absolutistického státu. V oblasti zdravotnictví císař soustředil svou pozornost spíše do Francie, kde navštívil nejruznější nemocnice a porodnické školy. Nechal se jimi natolik inspirovat, že tehdy pověřil mladého porodníka, jednoho z pozdějších zakladatelů tzv. Vídeňské školy, Johanna Lucase Boëra, aby v zahraničí získal důležité porodnické zkušenosti a kontakty, a po jeho návratu do Vídně z něj udělal svého osobního císařského chirurga.

### Nezkoušené a nepotvrzené báby se netrpí

Organizace zdravotnictví prováděná van Swietenem se dotkla i českých zemí. Dne 2. prosince 1749 byl vydán dekret, který ukládal, že se porodní báby a jejich pomocnice musí účastnit pitev ženských mrtvol, aby tak získaly představu o anatomii rodiček. Povinnosti lékařů, chirurgů, porodní bab, ranhojičů a některých jiných profesí pak určoval Zemský zdravotní řád ze dne 24. července 1753. Mimo jiné specifikoval i to, jak má probíhat jejich vzdělávání a následná kontrola znalostí. Například profesorovi anatomie řád nařizoval, že musí přednášet porodnictví medikům, chirurgům a porodním bábám, a to chudým zdarma a zámožnějším za honorář ve výši dvou zlatých za semestr.

Nejprve se porodní babky účastnily přednášek, poté absolvovaly porodnickou praxi ve Vlašském špitále v Praze na Malé Straně. Ten na začátku 17. století zbudovali zde působící Vlaši (Italové). Špitál, jehož součástí byla i kaple, se později stal chudobincem a sirotčincem. V roce 1789, v souvislosti s reformami Josefa II., byl Vlašský špitál zrušen. Venkovské báby byly vzdělávány a následně i přezkoušeny krajským ranhojičem. Přezkoušené pak nosily na tkaničce zavěšený odznak své profese. Dne 18. prosince 1775 vyšlo nařízení, které mj. uvádělo, že „nezkoušené a nepotvrzené báby se netrpí“. Takovým bylo pod trestem zakázáno posluhovat při porodu.

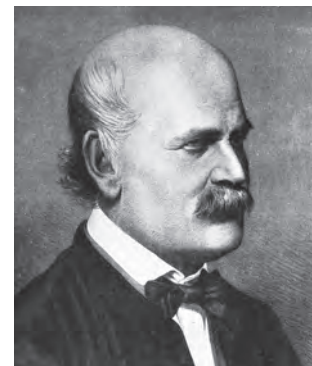
Pražská fakulta také rozhodla, že pro porodní báby, které neumějí německy, bude do českého jazyka přeložena porodnická kniha lucemburského porodníka van Crantze. Heinrich Johann Nepomuk von Crantz byl doporučen osobním lékařem Marie Terezie, Gerhardem van Swietenem. Jeho kniha vznikla na základě studií a postupného získávání zkušeností s porodnictvím v Paříži, kde čerpal od takových odborníků, jako byl například Levret. Není tedy náhodou, že se dočkala řady překladů a vydání.

V roce 1774 vychází „Výuka pro porodní báby“ (Unterricht für Hebammen) od jednoho ze zakladatelů Vídeňské školy, dlouholetého učitele porodnictví Rafaela Johanna Steidela. Další vydání jeho knihy z roku 1774 bylo nazváno „Učebnice babcí“. Kniha natolik refletovala pokyny císařského dvora, že měla místy charakter oběžníku, obsahujícího pokyny a povinnosti pro všechny, kteří jsou přítomni u porodu. Patrně díky tomu byla rozhodnutím císařovny přeložena také do českého jazyka.

### Horečka omladnic

Od 18. století se objevují první písemné informace o onemocnění, které bylo pro mnoho šestinedělek (omladnic) smrtelné. Již v roce 1795 poukázal na nečistotu jako možný zdroj infekce Charles White z Manchesteru. Veterinární lékař Friedrich Günther v roce 1830 zavedl ošetřování puerperálních nákaz u krav. Irský lékař Robert Collins během epidemie v Dublinu v roce 1829 zlikvidoval infekci omezením příjmu pacientek a dezinfekcí nemocničních prostor chlorovým vápnem. V těchto zásadách pokračoval v Dublinu doktor Wendell Holmes. Problém horečky omladnic ale skutečně vyřešil až vídeňský lékař maďarského původu Ignác Filip Semmelweis.

Některí lékaři připisovali vznik tohoto onemocnění tzv. kosmicko-telurickým vlivům, jiní se domnívali, že horečka omladnic vzniká zadržáním očištěk, kte-



Ignác Semmelweis (1860)

ré se rozkládají a vytváří jedovaté látky, jež se vstřebávají do krve. Teprve Semmelweis mnoha pozorováními pochopil a následně popsal, že onemocnění vznikne tak, že se do rodidel zanesou infekce. Prostudoval více než 40 tisíc porodopisů, aby zjistil, proč je v porodnici tak vysoké procento nemocných žen u porodů, kdy rodí lékaři nebo medicí, a podstatně nižší, když jsou u porodu porodní báby, přestože pacientky mají stejnou péči, stravu i prádlo. Semmelweis se nejprve domníval, že je tomu tak proto, že lékařské porodny jsou většinou vedeny v poloze na zádech, zatímco porodní asistentky preferují polohu na boku. Na základě pitev ovšem dospěl k závěru, že horečka je průvodním jevem, kdežto základním onemocněním je celková nákaza.

Pak přišel únor 1847, kdy na celkovou infekci, způsobenou poraněním při pitvě, zemřel Semmelweisův nejlepší přítel a kolega, profesor soudního lékařství Jakub Kolletschka. Při důkladné pitvě Semmelweis zjistil nápadnou shodu onemocnění u přítele i u šestinedělek. Pochopil, že rozdíly v úmrtnosti jsou dány tím, že porodní asistentky nepitvají, a nepřijdou tedy do styku s takovou infekcí jako medicí a lékaři. Začal prosazovat mytí rukou po pitvě a nakonec se ukázalo, že nejspolehlivějším přípravkem je chlorová voda. Díky tomuto opatření se v roce 1847 snížil počet úmrtí rodiček ze 12 % na 2 a později na 1 %. V roce 1860 Semmelweis vydává odbornou publikaci nazvanou „Příčiny, pojem a ochrana před horečkou omladnic“. V ní zveřejnil své zkušenosti a objevy a vyzval všechny ženské lékaře, aby si jeho metody osvojili. Odborná veřejnost však často nedsdílela přesvědčení o správnosti jeho metod, a tak trvalo více než čtvrt století, než jeho zásady byly uznány za správné a všeobecně platné. Semmelweis je dnes řazen mezi nejvýznamnější lékaře 19. století a bývá nazýván „zachránce matek“.

MUDr. Luděk Fiala



Johann Lucas Boër

## Z HISTORIE

# Jindřich VIII. a antigen Kell

Anglický král **Jindřich VIII.** (1491–1547) proslul šesti sňatky, popravami dvou manželek a rozko-lem s katolickou církví. Z ekonomického hlediska byla jeho vláda fiaskem. Po otci Jindřichovi VII. zdědil prosperující zemi a majetek odhadovaný v dnešních cenách na 375 milionů liber. Svým následníkům však zanechal korunu zatíženou dluhy.

**Z**kopce to šlo i se samotným králem. Do čtyřicítky to byl celkem laskavý muž s dobrou fyzickou kondicí. Na sklonku života však trpěl řadou závažných zdravotních problémů. Vážil bezmála 200 kilogramů, nebyl schopen chůze a sloužící jej museli nosit i s křeslem, ve kterém seděl. Problémy s Jindřichovou chůzí ovšem zdaleka nevyvěraly jen z těžké obezity. Trpěl vředy na nohách a změnil se i psychicky. Projevovala se u něj stále silnější paranoia, byl labilní, nevypočitatelný až záluďný.

Příčiny špatného fyzického i psychického stavu Jindřicha VIII. se staly předmětem hojných diskusí historiků i lékařů. Někteří byli přesvědčeni, že král byl nakažen syfilidou. Neexistuje pro to však přímý důkaz. Nicméně nákaza touto pohlavní chorobou v té době nebyla ničím neobvyklým ani u vysoké šlechty a korunovaných hlav. Průkazně jí byl nakažen Jindřichův současník, francouzský král František I. Těžká obezita Jindřicha VIII. zavdala příčinu ke spekulacím, že mnohé z jeho zdravotních potíží, včetně vředů na dolních končetinách, vyvěraly z pokročilého onemocnění diabetem 2. typu.

Někteří endokrinologové vidí za problémy anglického krále projevy Cushingova syndromu, jiní sázeli na myxedém. Svou roli mohli sehrát i úraz při pádu z koně v roce 1533. Není úplně jasné, jaký byl charakter králových zranění. Z dobových materiálů nicméně někteří historici vyvozují, že Jindřich VIII. byl po nějakou dobu v ohrožení života. Šok ze zprávy o králově úrazu byl považován za příčinu potratu královny druhé ženy Anny Boleynové.

## Marná snaha o dědice

Jednu z posledních teorií o příčinách zdravotních problémů Jindřicha VIII. zveřejnil počátkem letošního roku časopis *The Historical Journal*. Autorkami studie jsou archeoložka Catrina Banksová a antropoložka Kyra Kramerová. Teorie amerických vědkyň má ve srovnání s předchozími pracemi jedno *novum*. Nabízí totiž vysvětlení i pro marnou snahu anglického krále o zplodění dědice mužského pohlaví.



Jindřich VIII. na obraze Hanse Holbeina ml. z roku 1536

Jindřichovi bylo osmnáct let, když si bral za ženu třidvacetiletou Kateřinu Aragonskou. Jejich prvorozená dcera se narodila předčasně a zemřela. Po něm Kateřina porodila chlapce, který přežil jen 52 dnů. V historických dokumentech lze nalézt důkazy o čtyřech dalších těhotenstvích Kateřiny Aragonské. Tři z těchto gravidit skončily předčasným porodem nebo časným úmrtím novorozence. Z dětí Jindřicha a Kateřiny se dospělosti dožila jen dcera Marie. V následujícím manželství s Annou Boleynovou se Jindřich dočkal dcery Alžběty, budoucí královny Alžběty I. Pak následovala jen neúspěšná těhotenství s aborty nebo časnými úmrtími novorozenců.

Whitleyová a Kramerová jsou přesvědčeny, že tak velký počet abortů, předčasných porodů a časných úmrtí novorozenců nemůže být

důsledkem náhody. Celkem je prokázáno minimálně 11 těhotenství Jindřichových manželek a je vysoce pravděpodobné, že jich bylo ještě víc. Jen čtyři z jeho legitimně počatých dětí však přežily déle než do raného dětství.

## Kell-pozitivní král

Podle amerických badatelek je to důsledek skutečnosti, že Jindřich VIII. byl pozitivní na antigen Kell. Ten se u Evropanů vyskytuje poměrně řídko – vykazuje jej asi 9 % populace. Je proto vysoce pravděpodobné, že nositel antigenu Kell má Kell-negativního životního partnera. Pokud je otec Kell-pozitivní a matka Kell-negativní, hrozí jejich dětem novorozenecká hemolýza. V prvním těhotenství je matčin imunitní systém senzitivován proti antigenu Kell. V dalších těhotenstvích

je pak Kell-pozitivní plod těmito protilátkami poškozen.

Protilátky proti antigenu Kell byly poprvé detekovány u těhotné pacientky Kellacherové v roce 1945. Z jejího příjmení také pochází označení antigenu. Druhá nejčastější alela pro Kell-antigen byla odhalena v roce 1957 u těhotné pacientky Cellanové, a je proto označována i jako Cellano.

Budoucí královna Alžběta I. vdělila za svůj život zřejmě tomu, že byla prvorozeným dítětem Kell-negativní matky Anny Boleynové. V dalších těhotenstvích Kell-negativních Jindřichových manželek měly naději uniknout poškození jen plody, které po králi nezdědily vlohu pro antigen Kell. K tomu zřejmě došlo u Marie, která se narodila z pátého těhotenství Kateřiny Aragonské. Důvod, proč Kateřina nedonosila dítě z prvního těhotenství, však není jasný.

Ze studia tudorovského rodokmenu Whitleyová a Kramerová usoudily, že Jindřich VIII. zdědil vlohu pro antigen Kell po Jacquettě Lucemburské, prababičce z matčiny strany. Jacquettini mužští potomci měli stejné reprodukční potíže jako Jindřich VIII. Potomci ženského pohlaví jich byli ušetřeni, což odpovídá efektu antigenu Kell.

## McLeodův syndrom

S výskytem antigenu Kell souvisí McLeodův syndrom. Antigen Kell (nově je označován také jako CD238) je kódován genem nacházejícím se na 7. chromozomu. Syntetizuje se podle něj glykoprotein, pro jehož vazbu v membráně erytrocytů je rozhodující protein XK. Ten je uložen na pohlavním chromozomu X. Při mutaci genu pro protein XK tato vazba není možná. Důsledkem je dědičné, na pohlaví vázané onemocnění se širokým spektrem příznaků. Syndrom byl pojmenován v roce 1961 po prvním známém pacientovi – harvardském studentovi medicíny Hughovi McLeodovi.

K symptomům McLeodova syndromu patří i velmi razantní neurologické změny. Onemocnění se obvykle objeví kolem padesátky a má poměrně pomalou progresi. Projevuje se periferní neu-



Kateřina Aragonská

ropatií, kardiomyopatií a hemolytickou anémií. Může postihnout i pohybový aparát. V tomto ohledu se příznaky McLeodova syndromu někdy podobají Huntingtonově chorobě.

Whitleyová a Kramerová vidí v McLeodově syndromu i možnou příčinu královny snížené pohyblivosti. V lékařské literatuře badatelky našly popis pacienta s McLeodovým syndromem, který ve finální fázi onemocnění nebyl schopen chůze, podobně jako Jindřich VIII. Ve věku 37 let si tento muž začal stěžovat na slabost pravé dolní končetiny a o deset let později už u něj byla rozvinutá atrofie svalstva obou nohou.

## Nijak mimořádný počet abortů

Nedochovala se svědectví, která by dokládala, že král trpěl nekontrolovatelnými kontrakcemi svalů, jež jsou pro McLeodův syndrom typická. Syndromu však plně odpovídají královny psychické změny včetně výrazného poklesu kognitivních funkcí. Podle Whitleyové a Kramerové lze u Jindřicha VIII. vysledovat většinu symptomů McLeodova syndromu včetně narušení funkcí srdeční svaloviny a poškození motorických nervů. Pohybové problémy mohly být výrazně umocněny královou těžkou obezitou.

Samy autorky studie z *The Historical Journal* připouštějí, že jejich teorie nevyklučuje ani alternativní vysvětlení. Na ta poukazuje i historička Retha Warnickeová z Arizonské státní univerzity. Uvádí například, že v tudorovské Anglii umírala až polovina všech dětí ještě před dovršením věku 15 let. Podle ní nelze značný počet abortů, mrtvě narozených dětí a vysokou úmrtnost novorozenců mezi Jindřichovými potomky považovat za nijak mimořádné. Jediným nepochybnitelným důkazem by byly výsledky analýzy DNA Jindřicha VIII. A ta není k dispozici.

## Z HISTORIE

## Kvíz – z historie transplantací

Již od starověku lidé přemýšleli jak nahradit funkčně poškozené nebo ztracené části lidského těla – orgány, tkáň, části končetin nebo krev...

1. První zmínky o transplantacích v západní medicíně pocházejí ze 16. století, kdy byla publikována práce „O chirurgii zmrzačených částí pomocí transplantace“. Kdo je jejím autorem?

- a) nizozemský lékař Job van Meereken
- b) francouzský chirurg Ambroise Paré
- c) boloňský chirurg Gaspar Tagliacozzi

2. Životnost autologních kostních štěpů bez periostu prokázal na zvířecích experimentech francouzský chirurg a vědec Louis Léopold Ollier, autor klasického

díla chirurgické literatury „Traité experimental et clinique de la régénération des os“. Ve kterém století tato práce vyšla?

- a) v 17. století
- b) v 18. století
- c) v 19. století

3. Rekonstrukce zanícené pažní kosti 4letého chlapce štěpem získaným z holenní kosti amputované dolní končetiny se podařila v roce 1880 chirurgovi, který tím uskutečnil první alogenní transplantaci kosti. Jak se lékař jmenoval a kde k zákroku došlo?

- a) Philips von Walter, Německo
- b) William MacEwen, Skotsko
- c) Fred Houdlette Albee, USA

4. Kdo vyvinul (spolu s Claudem Guthriem) metodu jemného pokračovacího stehu spojovacího cévy a tím výrazně obohatil techniku transplantací? Zabýval se rovněž způsoby konzervace tkání a jeho myšlenky o zásobách tkání pro okamžitou potřebu chirurgů přispěly k založení prvních tkáňových bank...

- a) francouzský lékař a eugenik Alexis Carrel
- b) americký chirurg Richard Lillehei
- c) jihoafrický chirurg Christiaan Barnard

5. První vícetkáňová banka v Evropě vznikla v roce 1952 v Hrad-

ci Králové, ve stejném roce byla založena také tkáňová banka v Brně. Zrod českých tkáňových „ústředí“ a vznik například tkáňové banky amerického vojenského námořnictva (US Navy Tissue Bank) dělí poměrně krátký časový úsek. O jakou dobu dříve vznikla zmíněná americká banka, která se jako jedna z prvních orientovala na odběry kadaverózních tkání, propagovala koncept regionálních tkáňových bank, zabývala se výzkumem konzervace a sterilizace tkání a také etickými otázkami oboru?

- a) o 10 měsíců
- b) o 2 roky
- c) o 4 roky

6. První domácí pokus o transplantaci ledviny slovenské pacientce se selháním ledvin, usku-

tečněný v roce 1961 v Hradci Králové, ztroskotat kvůli rejekci. Ve snahách o potlačení odmítavé reakce organismu příjemců na transplantovaný štěp patřilo k průkopnickým počínům zavedení cyklosporinu A do klinické praxe. Toto imunosupresivum zahájilo počátkem 80. let éru úspěšných orgánových transplantací, neboť prokazatelně zvýšilo přežívání štěpů nejméně o 20%. Kdo je jeho objevitelem?

- a) Jean-François Borel
- b) Yves Chauvin
- c) Felix Hoffmann

7. Transplantace jater byla v USA uznána jako klinická léčebná metoda v roce:

- a) 1978
- b) 1983
- c) 1987

Ivana Staňková

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

## Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

**MUDr. Ludvík Souček, CSc.**  
(17. 5. 1926 Praha – 26. 12. 1978 Praha)



Český stomatolog a literát, proslavil se však mnohem více jako spisovatel než jako zubní lékař. Po promoci na pražské lékařské fakultě v roce 1951 nastoupil na zubní kliniku profesora Františka Newirtha, kde pracoval čtyři roky. Jako spolehlivý kádr byl dokonce poslán do Koreje, kde působil i v tzv. neutrální komisi pro příměří. Po návratu však začal medicínu postupně opouštět a věnoval se stále více psaní. Vystřídal řadu různorodých pracovišť – zubní oddělení ÚVN, ministerstvo národní obrany, ÚV KSČ, armádní redakce Čs. televize a nakonec byl šéfredaktorem nakladatelství Albatros. To již zanechal medicínu úplně.

Jako spisovatel začínal metodickými příručkami o fotografování, později přešel na díla pro děti a poté i díla naučná. V polovině 60. let se začal věnovat převážně sci-fi literatuře, která mu přinesla největší popularitu. Zde dokázal kombinovat látku z mnoha oblastí. Využíval při tom nejen fantazii, ale i skutečné vědecké citace, díla tak mají charakter věrohodné novinářské publicistiky. Zajímalo se zvláště o styky s mimozemskými civilizacemi, v jejichž existenci věřil (na rozdíl například

včetně alkoholu lokálně i vnitřně, odhodlal se k návštěvě, svého známého Ludvíka Součka. MUDr. Souček po prohlídce resolutně prohlásil: „Ten zub musí ven!“ Švejnoha se pokoušel smlouvat, žádal o odklad, ale marně.

„Sestro, umrtvení a nástroje k extrakci. Sedmička vlevo nahoře.“ „A dáte mi aspoň čtyřprocentní dentikain?“ Žebrař urolog o silnější anestezii. Stomatolog mlčky píchl injekci a prohlížel si připravené nástroje.

„Neměli bychom ještě počkat?“ bránil se dále urolog v křesle. „To přece ještě nemůže účinkovat.“ Tu Souček ztratil trpělivost: „Kolego, poslyšte, když tomu tak rozumíte, nechtěl byste si ten zub vytrhnout sám?“

**doc. MUDr. Vladimír Puchmayer, CSc.**

(18. 5. 1929 Plzeň – 27. 2. 2008)

Významný český angiolog, žák profesorů Bohumila Prusíka a Zdeňka Reiniše. Absolvoval pražskou lékařskou fakultu, kde promoval v roce 1953. V roce 1958 nastoupil jako sekundář na IV. interní kliniku a s tímto pracovištěm byl spjat po celý svůj život. O rok později zde byl již asistentem a jakožto Prusíkův žák se věnoval především angiologii. V roce 1988 se stal docentem a po dvou

letech přednostou kliniky. Byl duší všech angiologických aktivit u nás, iniciátorem a hlavním autorem celostátní koncepce angiologie, prosadil angiocentrum v rámci Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V roce 1993 založil samostatnou Českou angiologickou společnost ČLS JEP a stal se jejím prvním předsedou. Uznáním jeho odborné erudice a zásluh bylo jmenování prvním prezidentem nově založené společnosti Central European Vascular Forum v roce 1997, působil též ve výkonném výboru Mezinárodní angiologické unie

Jeho nejznámějším dílem je „Smoking is the risk factor for the development of the arterial occlusive disease“ (1980). Mimo množství odborné literatury byl spolu se svým kolegou docentem Petrem Bartůňkem spoluautorem sbírky 70 humorných historek o svém učiteli Prusíkově „Bojovník proti bolesti“ (1986). Měl rozsáhlé kulturní zájmy, byl také cítělem Kocourkovských učitelů.



### Není nad plzeňskou dvanáctku

Puchmayer s oblibou předepisoval na choroby žlučníku a žaludeční vředy hojně pití plzeňské dvanáctky. Jednou byl jako konziliář zavolán na ortopedickou kliniku, kde se u jedné pacientky, zdravotní sestry, objevila navíc žlučnicková kolika. Pomohl jí od bolesti injekcí spasmolytik a samo sebou jí doporučil popíjení plzeňského. Sestra poslechla a další záchvat už pak nepřišel.

Asi za rok se dostala do Mariánských Lázní. Zde se potkala s profesorem Prusíkem, se kterým se znala již z dřívějšího. Svěřila se mu, že na radu jeho sekundáře doktora Puchmayera pilně pije plzeňské. Prusík se usmál a suše dodal: „Copak Puchmayer, ten s tou plzeňskou dvanáctkou vykurčuje i perniciózní anemii.“

### Shovívavý Jedlička

Na stáži na plicní klinice u Jaroslava Jedličky byl studijní kroužek, v němž byl i tehdejší medicus Vladimír Puchmayer. Jedlička si všiml jména, byl totiž velmi vnímavý na jakékoli asociace s kulturou, a tak se jej hned zeptal: „Puchmayer, nejste vy příbuzný toho obrozeneckého básníka Antonína Jaroslava Puchmayera?“

„No, přímý ne, pane profesore, on to byl přeci jen katolický farář, ale z toho rodu, to ano!“ na to medik.

„Nic si z toho nedělejte, vřdyť páter Marek byl také farář, a kolik měl dětí. A jistě ho Pán Bůh taky vzal na milost.“

MUDr. Svatopluk Káš



# Respekt k faktům, skeptická racionalita a nedůvěra k dogmatům

Jaroslava Sladká  
Foto: Leoš Chodura

U předního českého endokrinologa a mezinárodně uznávaného odborníka v oblasti steroidních hormonů **prof. MUDr. RNDr. Luboslava Stárky, DrSc.**, se vztah k dogmatům projevil již v době mladické revolty, v mnohém připomínající „Žert“ Milana Kundery. Naštěstí pro českou medicínu nebyly jeho následky tak devastující a jméno pana profesora je dnes úzce spojeno především s historií a rozvojem Endokrinologického ústavu v Praze.

Čerstvý osmdesátník, jehož kondice koresponduje s celoživotním zájmem o hormony, které v řečtině (*hormao*) znamenají „budím k činnosti“, se narodil v Banské Bystrici. Po přestěhování rodiny do Prahy v březnu 1939 a po obecné a měšťanské škole nastoupil na reálné gymnázium,

kde ale jeho studium v roce 1949 přerušila vazba u Státního soudu. Následovala nedobrovolná praxe v různých dělnických povoláních, kterou ovšem zúročil i v pozdějších letech a nepřímo posílila také jeho zájem o chemii. Jeho profesní cesta se podobá poselství románu „Pravidla moštárny“: „Někdy je

třeba porušit pravidla, aby se věci zase daly do pořádku.“

**V čem spočívala vaše „protistátní činnost“, kvůli které se posunul váš maturitní termín, a tedy i další studia?**

V tom, že jsem pouze kritizoval různé počiny tenkrát vládnoucí-

ho systému, který to klasifikoval jako podvracení režimu, později už jenom jako pobuřování. Například jsem ve třídě sundal obraz Stalina, což v roce 1949 ještě ani nebylo právně napadnutelné, stranicky ovšem ano. Také jsem říkal nějaké vtipy o Gottwaldovi v době, kdy ještě ani nebyl prezi-

dentem. A spolužák, který sbíral vtipy a psal si takzvaný vtipník, si je systematicky zaznamenával, včetně poznámek, kdo je vyprávěl. Pak vlastně vtipník posloužil jako *corpus delicti*, tedy materiál dosvědčující, kteří jeho spolužáci podvraceli režim... Naštěstí jsem měl dobrého právníka, který obhajobou



## PŘEDSTAVUJEME

docičil osvobozujícího rozsudku. Přesto jsem mohl středoškolské studium dokončit až po delším průtahu – a externě. Na vysokou školu jsem se pak dostal teprve v roce 1951.

**Nastoupil jste na matematicko-fyzikální fakultu, obor organická chemie. To je dnes trochu matoucí, takové zaměření dnes na „mat-fyzu“ neexistuje.**

Tenkrát probíhaly různé reformy a chemie, která se původně vyučovala na přírodovědecké fakultě, se dočasně vyčlenila a poté zase přešla zpátky. Takže šlo jen o novou hlavičku, jinak vše přešlo beze změny, chemický ústav sídlil vždy na Albertově. Ale tím, že jsme spadali pod matematicko-fyzikální fakultu, jsme v prvním ročníku přeci jen měli teoretickou fyziku a poměrně dost matematiky. A ačkoli to byla doba tuhého stalinismu, jezdili jsme s asistenty i docenty na lyže a celkově zde panovaly přátelské vztahy. Do chemie politika moc nevstupovala, nepanoval zde svazácký život... V tomto smyslu to byla velmi příjemná fakulta.

**Proč právě tato volba?**

O medicíně jsem zpočátku vůbec neuvažoval, už od pokročilého chlapectví jsem si doma hrál se zkumavkami a vyráběl různé výbušniny. Snad jsem byl také inspirován tehdy populární publikací „Chemické pokusy, které se podaří“. Vždycky jsem tedy směřoval ke studiu chemie. Nakonec mě k ní přiblížila i určitá průprava, kterou jsem měl po maturitě – kromě různých brigád v lese a u zedníků jsem pak byl rok v laboratoři v Tesle, kde jsme tenkrát dokonce objevili nějaké nové dielétrikum... Původně jsem měl v úmyslu studovat anorganiku, ale vzhledem k tomu, že moje budoucí manželka si vybrala organiku, jsem si ji zvolil také.

**Tedy žádná rodinná tradice?**

To ne, ale trochu mě k té chemii přivedl můj strýček, který byl vyučený drogist a měl různé knížky, podle kterých se tenkrát drogisté museli učit alespoň základy některých laboratorních postupů. Různé domácí pokusy jsem si rád prováděl i podle těchto návodů.

**Co potom vedlo k přeměrování vaší profesní dráhy k medicíně?**

První umístěnkou jsem dostal do Výzkumného ústavu potravinářské technologie, jehož ředitelem byl agrotechnik – jeho přístup k vědě se dá nejlépe charakterizovat drobnou příhodou: V době fungujícím oddělení vitaminů,

které vedl doktor Frágrner, kolega prováděl polarografii vitaminů, a jak je známo, při této činnosti je třeba mít nějaký zdroj napětí, tedy akumulátor, který se časem vybije. Požádal proto o povolení k zakoupení nabíječky. Tato žádost došla až k řediteli a ten mu ji vrátil, protože objednávka nebyla dostatečně specifikována – nepoznal z ní, jestli se jedná o nabíječku na jelita, nebo jitrnice...

V tom ústavu jsem byl dost nešťastný, ale pak jsem dostal úkol, který nebyl blíže definovaný a zněl: Najděte cestu k tomu, aby se lépe pekl chleba. Začal jsem se tedy zajímat o různé bílkoviny mouky, dostal jsem se také do lékařského prostředí, kde jsem konzultoval, jak je to s lepkem u celiakií a podobně. Tak jsem poznal laboratoře kolem zdravotnictví a to se mi líbilo víc, dokonce jsem se ucházel i o místo v dětské nemocnici v laboratoři profesora Holmky, které ale nevyšlo.

Už od chlapeckých let jsem měl dobré styky s rodinou pana profesora Heyrovského, s jeho synem jsme chodili do téže skautské družiny a on sám nám také ještě v posledním běhu na fakultě přednášel praktickou polarografii. A protože i moje diplomová práce z organické chemie byla částečně polarografická, slíbil mi místo v polarografickém ústavu. Dal jsem tedy v potravinářství výpověď, což byl tenkrát kádrový přeštek první třídy, protože jsem se snažil nedovoleným způsobem vymknout z umístěnkového řízení – umístěnka zavazovala být tam tři roky. Výpověď mi dokonce musel potvrdit sám ministr zemědělství.

Jenomže když už jsem měl výpověď potvrzenou, pan profesor mi vzkázal, že velice lituje, ale to místo, které mi slíbil, bohužel od akademie nedostal. Určitá hrstka mi nedovolila vrátit se a už jsem se chystal nastoupit zpět do dělnických zaměstnání, jež jsem celkem dobře znal a ve kterých jsem se osvědčil, když mi pan profesor Heyrovský těsně před Štědrým dnem vzkázal, že jeho přítel docent Karel Šilink má od Nového roku schválený nový ústav, samostatný endokrinnologický institut, a že abych se mu šel představit. Dopadlo to dobře, pan docent zatelefonoval na ministerstvo a já již 2. ledna 1957 nastupoval do ústavu, který fungoval od 1. ledna...

**Jaké byly začátky tehdejšího Výzkumného ústavu endokrinnologického (VÚE), bez jakékoli tradice?**

Bylo nás tehdy šedesát a naše vybavení bylo téměř nulové, nebylo



Myšlenky Karla Šilinka předbíhaly dobu, ale neuměl je tak dobře formulovat a víceméně potřeboval „překladatele“.

na co navazovat. Seděli jsme s chemikem doktorem Jirouskem, který později emigroval do Ameriky, každý z jedné strany pracovní desky a laboratorní stůl, který jsme zdědili po jeptiškách, původně sloužil jako jídelní. Neměli jsme ani žádný přístroj na kolorimetrii a byli jsme šťastní, když jsme ho získali asi po dvou letech od jedné bývalé soukromé firmy.

Docent Šilink mi tehdy nabídl dvě možnosti – potřeboval vytvořit jednu skupinu, která by se věnovala enzymům, a druhou zaměřenou na steroidy. Vybral jsem si steroidy. Zajímaly mě už na fakultě a hlavně v té době bylo téma steroidních hormonů špičkou v celé endokrinnologické biochemii – bylo to pět let po udělení Nobelovy ceny za identifikaci a přípravu kortizolu a jeho využití v revmatologii, dva roky po objevu aldosteronu a dá se říci, že téměř padesát procent veškeré literatury v endokrinnologii se zabývalo steroidními hormony. Bylo to tedy téma velice živé.

U nás ovšem byla celá endokrinnologie v 50. letech označována za buržoazní pavědu. Proto v ní také nepůsobili straničtí kariéristé. To se odrazilo v tom, že u Šilinka panovalo klima intelektuální, bez stranických berliček. On sám byl inspirátorem mnoha věcí. Některé jeho myšlenky předbíhaly dobu, ale jeho velkou chybou bylo, že na rozdíl od pana profesora Charváta je neuměl tak dobře

formulovat a víceméně potřeboval „překladatele“. Nejlepším z nich byl pan inženýr Havlena, který nakonec skončil jako profesor v Edmontonu.

**Krátce po nástupu na VÚE jste požádal o aspiranturu v Ústavu organické chemie a biochemie ČSAV a vaší dizertační práci pak byla v roce 1961 „7-hydroxylace dehydroepiandrosteronu (DHEA)“. Je to téma, jemuž se věnujete i český endokrinnolog světové úrovně profesor Karel Šonka a které zůstává stále otevřené. Objevily se v poslední době nějaké nové informace o tomto „záhadném hormonu“?**

Asi pět let jsme si s tím hráli, až mi můj vedoucí řekl: „Kdybys už nechal těch vedlejších steroidů a věnoval se něčemu rozumnému.“ Dnes už víme, že se nejedná pouze o parahormon, ale plnohodnotný hormon, který má i své receptory. Přesto v této oblasti pořád panuje nejistota – je to steroid, o kterém se předpokládá, že má řadu ještě ne zcela objasněných účinků.

Před několika týdny se objevila zpráva, že šest čínských firem jej vyrábí jako antiobezitikum. Podle teorie jednoho mého francouzského přítele, se kterým máme na toto téma několik publikací, není pouhá sekrece kortizolu určující pro to, jaká bude aktivita tohoto hormonu v periférii, v cílových tkáních. A jak je známo, kortizol

dělá mnoho užitečných, ale i neužitečných věcí – zhoršuje většinu civilizačních onemocnění, je hormonem stresu, hraje nepříznivou úlohu u diabetu, metabolického syndromu i kardiovaskulárních onemocnění. Jeho koncentraci v periférii pak určuje jeden enzym (11 $\beta$ -hydroxysteroidní dehydrogenáza), který zajišťuje určitou rovnováhu mezi kortizolem, který je aktivní, a kortizonem, který je v periférii inaktivní. V tomto ději působí v naší laboratoři před půl stoletím objevený steroid 7-hydroxy-dehydroepiandrosteron jako konkurent, který odebírá určitou sílu tvorby kortizolu v periférii z kortizonu. Měl by být příznivým faktorem proti rozvoji některých kardiovaskulárních rizikových faktorů, inzulínové rezistenci, obezitě a podobně.

**Proč tedy farmaceutické firmy nepodporují další výzkum hormonu s tak širokým uplatněním?**

Průmysl o to nejeví příliš velký zájem, protože produkt nelze patentovat. Jedná se o přirozený hormon a nelze si patentovat účinky nějaké přirozené látky – přípravu, syntézu nebo kombinaci ano, ale její vlastnosti ne. DHEA byl objeven již někdy koncem 30. let, jeho vlastnosti, někdy označované nepřilíš přesně jako „hormon mládí“, byly popsány v 90. letech, takže ani ten objev není nic nového, na čem by nějaká firma mohla stavět své zisky. Proto ►

se také po celém světě produkuje řada přípravků na bázi DHEA, protože každá chemická firma, která jej může začít vyrábět bez nějakých poplatků za patenty, není



**prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc.**

\* 19. listopadu 1930  
v Banské Bystrici

Po maturitě na reálném gymnáziu studoval na Matematicko-fyzikální fakultě UK obor organická chemie, kde byl promován v roce 1956. V letech 1958–61 působil v Ústavu organické chemie a biochemie ČSAV a získal zde kandidaturu věd v oboru chemické vědy. Průběžně (1965, 1966, 1969) pracoval v Německu jako visiting scientist v Ústavu klinické biochemie v Bonnu. V letech 1964–72 absolvoval individuální studium na Fakultě všeobecného lékařství UK a poté atestaci z endokrinologie. V letech 1983–87 byl pověřen vedením Endokrinologického ústavu, od roku 1990 pak byl deset let jeho ředitelem. V roce 1991 se stal docentem normální a patologické fyziologie na 3. LF UK, o rok později profesorem. Byl členem etické komise i vědecké rady ministerstva zdravotnictví a vědecké rady 1. LF UK, je čestným členem vědecké rady 3. LF UK.

Je autorem řady odborných publikací a stále působí v tuzemských i zahraničních odborných společnostech, které jsou zaměřeny na endokrinologický výzkum. V roce 1996 obdržel cenu Charvátovy nadace, pětkrát byl oceněn cenou ministra zdravotnictví, další ocenění získal od Endokrinologické a Sexuologické společnosti ČLS JEP, je i nositelem medaile univerzity v Helsinkách. Je členem Učené společnosti ČR a patří mezi zakládající členy České lékařské akademie. V současné době stále pracuje v Endokrinologickém ústavu a věnuje se také Šilinkovu nadačnímu fondu, který založil v roce 1997.

Je ženatý, má syna a dceru.

tam žádná ochranná lhůta. Navíc samozřejmě výzkum účinnosti je drahá věc, a pokud někdo prokáže, že je to velice účinné na to či ono, víceméně ten výzkum věnuje veřejnosti a nic z něho nemá. Protože kdokoli přijde, může začít takovou látku vyrábět a prodávat.

#### A jak je tomu s preparáty na bázi DHEA u nás?

U nás je SÚKL kupodivu neschválil, takže neexistují – oficiálně. Zato je dostanete v nejednom fitness centru, samozřejmě přiměřeně drahé.

#### Ještě poslední otázka k tomuto tématu – v čem tedy spočívají hlavní nejasnosti?

Pro DHEA se začal razit název juvenilizující hormon – má tu základní vlastnost, že je prekurzorem jak androgenů, tak estrogenů. A protože androgen souvisí s prodloužením reprodukčního života, většina výzkumů se zaměřila na efekty právě v této oblasti. Hledají se zejména účinky, které jsou vlastní testosteronu nebo estrogenu, a zkoumá se, jak jsou touto látkou modifikovány. Ale podstatě té účinnosti asi spočívá v něčem jiném – je to látka, jež umí ovlivňovat imunitní reakci na určité úrovni, kterou zatím nedokážeme přesně určit. Umí asi i trochu ovlivňovat některé příznaky zánětu. A právě v této oblasti bylo výzkumů poměrně málo. Nadto se ještě zdá, že DHEA sám o sobě nemá tak výrazné vlastnosti jako některé jeho metabolity a ty jsou zase u člověka natolik minoritní, že se jim zatím nevěnovalo tolik pozornosti, aby se mohlo říci, že to je hormon, který krásně změníme a podíváme se na něj. Ale dnes se zdá, že právě metabolity DHEA mají určitou úlohu například při rozvoji Alzheimerovy choroby nebo diabetu – a to je oblast, která ještě příliš prozkoumána není.

#### Vraťme se k vaší profesní dráze. Čím bylo podmíněno vaše následné studium medicíny?

Za prvé tím, že jsem se pohyboval v prostředí, které se zabývalo klasickou medicínou a dávalo řadu podnětů, částečně i tím, že můj tehdejší vedoucí mi při příležitosti, kdy jsem kritizoval nějakou interpretaci laboratorních výsledků, řekl „do toho se nepleť, nejsi kliník“... Řekl jsem si, že k tomu je třeba jen trochu píle a času, nadto se objevila mimořádná příležitost v podobě otevření večerního studia medicíny pro asistenty teoretických oborů, poté dokonce i pro lidi z praxe. Shromáždila se tam řada budoucích osobností medicíny,

například dnešní docent Hanuš, později jeden z mých nejlepších přátel.

Po dvou letech se ale ukázalo, že po večerech se klinika dělá obtížně, takže následoval převod na denní studium. Já mezitím byl v Německu, takže jsem nastoupil na individuální studium. To mi při zaměstnání trvalo celkem osm let.

#### Měl jste možnost projít si také klinickou praxí?

Už dříve jsem měl poměrně čilé styky s Charvátovou III. interní klinikou, což se příliš nelíbilo docentu Šilinkovi, který chtěl být od fakulty co nejdál. S panem profesorem Charvátem sice byli formálně ve velmi dobrých vztazích, ale vzájemně se příliš nenavštěvovali. Já pak měl po ukončení studia čtyři roky poloviční úvazek na III. interně, což byla zajímavá škola – podívat se na endokrinologii z pohledu kliniky a jejích laboratoří.

#### Pro docenta Šilinka bylo prvním a zcela zásadním úkolem potlačení endemické strumy a jodového deficitu na našem území. Jednalo se o dlouhodobě neřešený problém?

V Čechách to byl nepochybně problém historický, jak dokládají ztlustělé krky gotických madon nebo i valašská lidová: „Rusavo, Rusavo, stojíš v pěkném dole, není tam synečka, co by nemělo.“ V minulosti dokonce připadal jeden kretén (tedy nejzávažnější projev endemické hypofunkce štítné žlázy) na méně než tisíc obyvatel. V podobě diagnostiky a terapie onemocnění štítné žlázy ústav pokračuje v této tradici dodnes.

#### Kreténismus je u nás tedy už zcela vymýcen?

Poslední kretén se u nás narodil v roce 1924. To bylo vlastně ještě před zavedením celoplošné jodizace. Navíc se zlepšila životní úroveň na venkově, došlo k větší migraci obyvatelstva a zvětšila se potravinová pestrost, takže lidé nebyli odkázáni jen na místní zdroje. Struma jako lehčí forma nedostatečného zásobení jódem však v době Šilinkových výzkumů přetrvávala poměrně výrazně, v některých oblastech šlo až o patnáct procent obyvatelstva. Takže odstranit ji bylo prvním předpokladem pro řešení dalších onemocnění štítné žlázy.

Dnešní Endokrinologický ústav mohl mít řadu adres. Docent Šilink nejprve volil mezi bývalým klášterem sv. Voršily a Pivovarským domem ve Štěpánské uli-

ci – tam by se ovšem nevešel heliport, s nímž počítal. Později se mohl stát také součástí Krčského komplexu výzkumných ústavů a vyrůst na místě dnešního IKEM. Proč nakonec zůstala adresa na Národní třídě?

My měli již v roce 1959 první projekt na přesun do Krče, vypracovaný skutečně až do poslední zásuvky, a měli jsme na to již vyčleněné finance od plánovací komise. Měl to být společný ústav zastřešující endokrinologii a centrální izotopové pracoviště profesora Bohuslava Vavrejny, protože tenkrát bylo mírové využití izotopů nové. Pan docent Šilink byl ovšem vždy vizionář, takže určité aspekty jeho plánu se pak někomu nelíbily. Uvažoval o heliportu i tam. Nebo o věži vysoké dvanáct metrů, aby chromatografické kolony mohly být dvakrát tak vysoké oproti těm, jež měla firma Ciba ve Švýcarsku, kde byl izolován aldosteron... Bylo to tedy odloženo k předělání.

V 70. letech náš ústav dokonce vykoupil pozemky, na kterých dnes stojí IKEM, měli jsme na to zvláštního právníka a zahrádkářskou kolonii i pole jsme opravdu vykoupili. Mimochodem – po revoluci jsme s tím měli problémy, protože se na nás v souvislosti s restitucemi obraceli původní

zahrádkáři... Pak přišla další fáze v době, kdy jsem byl pověřen vedením ústavu po zemřelém doktoru Pečeném a kdy se začal budovat IKEM. Padl zde návrh, že se budeme podílet na využití společně s transplantačním centrem a kardiocentrem – byl by to velice pěkný ústav. Pak se ovšem ukázalo, že nikdo z plánovačů s námi nepočítal...

#### Ovšem idea, že by se adresa ústavu měla změnit, je tu stále, že?

Je to dáno několika faktory. Samozřejmě každé zdravotnické zařízení potřebuje servis dalších zdravotnických služeb vedle těch, které si dovede zajistit samo. Proto je jistě lepší, když je někde v blízkosti nemocnice disponující rtg, CT, MRI, chirurgickým oddělením a podobně.

Dalším faktorem je, že jsme zatím taková unikátní instituce přímo spravovaná ministerstvem zdravotnictví – jediná, která nemá lůžkovou základnu. Tudíž se na nás nevztahuje například řada posledních opatření, kdy nemocničním lékařům byly přislíbeny vyšší platy, a ačkoli existují jenom jedny tarifní tabulky, pro nás to stejně neplatí. Takže našich dvacet osm lékařů je unikátním sborem s jinými právy a povinnostmi.



## PŘEDSTAVUJEME

V budově ze 17. století se sice podařilo za ta léta vybudovat celkem slušné zdravotnické zařízení, ale stoupají například akreditační nároky, které ztěžují další vývoj natolik, že se zdá rozumnější bud postavit něco nového, nebo přestavět již existující budovu v areálu určité nemocnice na moderní pracoviště. Tady v klášteře nejsme majiteli, a nemůžeme tedy do budovy investovat, řadu věcí také nedovolí památkáři a finance nám dnes chybějí i na základní provoz. Naše další existence na Národní třídě závisí také na představech řádu svaté Voršily.

### Jak dnes vycházíte s Římskou unií svatě Voršily, s níž máte nájemní smlouvu?

Když jsme jeptiškám tuto budovu jako tehdejší správci předávali, byli jsme chváleni, že je to nejlépe udržovaný církevní majetek, který se jim v restituci vrátí. Nejen proto, že bychom byli my sami tak pilní, ale budova stojí v těsném sousedství Národního divadla a museli jsme ji upravit v souvislosti s výstavbou Nové scény v 80. letech. S řádovými sestrami jsme pak také vycházeli velice dobře, takže s nimi máme velmi slušnou nájemní smlouvu. Na to, že sídlíme v lokalitě Národní třídy, jde skutečně jen o uznávací poplatek – to, co jiní platí za metr čtvereční měsíčně, my platíme za rok. Ale smlouva je do roku 2016 a současná komunita řádu světila některé své ekonomické aktivity profesionálům, jejichž záměry ještě zcela neznáme. Nevíme také, zda ministerstvo bude podporovat naše setrvání v této budově, nebo dá přednost tomu, abychom byli součástí jiného zdravotnického komplexu.

### Nicméně s budovou, která má svého *genia loci* mimo jiné i proto, že byla v bezprostředním kontaktu s událostmi v srpnu 1968 a listopadu 1989, by se vám asi loučilo těžko...

Jistě, ta lokalita v centru Prahy je mimořádným plusem jak pro ústav, tak pro pacienty. Ale za to se platí zase jinými nevýhodami. V budově, kde léčíme i třístikilogramové obézní pacienty, je do druhého patra šedesát pět schodů – bez výtahu. A to už je pro ně nějaký léčebný program...

Zmínili jste, že česká endokrinologie nikdy neoplývala odborníky se stranicou legitimací v kapse. Ostatně i vy jste se stal pro funkci vedoucího ústavu kádrově neúnosným – po odchodu dcery do emigrace v roce 1987. Sám jste nikdy neuvažoval



Se svým žákem – profesorem Richardem Hamplem. | Foto: Leoš Chodura

### o odchodu do ciziny, po vzoru řady svých kolegů?

V září 1968 jsem byl na kongresu v Miláně a nabídky jsme měli. Byl jsem tam i s manželkou, a vzhledem k tomu, že jsem měl výborné kontakty na tehdejšího děkana bonnské lékařské fakulty, kde bych měl jistě zázemí, možnost tu byla. Nakonec tam toto zázemí našla dcera po své emigraci – pracovala ve stejné laboratoři jako já před patnácti lety... Ale bylo to těžké – lidé neradi mění řeč a stát a měli jsme také na starosti tři staré rodiče. To člověku nedovoluje uvažovat o tom, co by měl dělat s vlastní budoucností, když situace v rodině určuje něco jiného.

### Díky svým znalostem chemie i medicíny jste se stal expertem na ožehavé otázky hormonálního dopingů. V čem vidíte hlavní úskalí současné dopingové kontroly?

Za prvé se z obojího stal především byznys – to se týká jak dopingové kontroly, tak samotného dopování sportovců. Často se tvrdí, že chráníme sportovce před poškozováním zdraví, ale řekl bych, že to je zcela minoritní část těch starostí, a spíše bych zdůraznil etickou stránku. Na druhé straně ti, kteří doping poskytují, jsou vždy o krok napřed před možnostmi kontroly.

Po steroidních anabolikách se například objevil erythropoetin, růstový hormon a další třídy.

My se tenkrát v dopingové laboratoři vedené doktorem Chundelou dali cestou stanovení hlavních steroidních dopingových látek a zaměřili se na radioimunoanalýzu testosteronu a některých jeho metabolitů. Byla to zajímavá zkušenost, ale pak jsme od této práce ustoupili. Zmíněná metoda byla později opuštěna ze dvou důvodů: Jednak je velmi citlivá, takže zachytí mnohem víc sportovců a na sportovišti by vlastně nikdo nezbyl. Druhá věc je, že není specifická – ano, dalo se zjistit, že byl například podán nějaký steroidní analog, ale nemohli jsme jednoznačně říci jaký, zatímco hmotnostní spektrometrie, která se dnes používá, tu specifčnost má. A také je o něco méně citlivá, takže ty méně nápadné případy nezachytí, což je dobře. Může se totiž stát, že sportovec má v krvi určitá rezidua po předchozím užívání nějakého léku nebo použil potravinové doplňky a netuší, co do nich bylo přimícháno výrobcem a zamlčeno. To se stává poměrně často.

V oblasti kontroly dopingů jsme se sice dostali dost daleko – zejména náš pozdější profesor Hampl, který se tomu věnoval ještě mnohem více než já a který se stal ex-

pertem na olympiádách v Moskvě a Los Angeles. Byli jsme docela na výši, ale nebylo to naše základní poslání, takže jsme se nedrželi hlavního proudu a časem vše přešlo do úplně jiných rukou.

### Stále více se ukazuje, že vlivem mezioborové integrace endokrinologie přestává být oddělenou naukou o hormonech a objevují se například termíny jako neuroimunoendokrinologie. Jak vidíte budoucnost svého oboru?

Názor našich ministerských úředníků z 50. let na endokrinologii byl takový, že je to nauka o kurozitatách, o nějakém tom voleti nebo hirsutismu u žen a prakticky je to jenom cosi jako lepší kosmetika. Jak se naše poznatky rozšiřovaly, začalo se ozřejmovat, že endokrinologie jako *de facto* nauka o hormonálním řízení organismu musí zasáhnout mnohem širší oblast než jenom samu sebe – jestliže něco řídím, nemůžu se zabývat jenom velínem, ale i tím, jaké dopady toto řízení má. A pokud endokrinní řízení organismu není v pořádku, má to samozřejmě řadu důsledků. Není snad jediný lékařský obor, který by alespoň částečně nepracoval s některými poznatky z endokrinologie. Nedávno profesori Jaroslav Blahoš a Václav Zamrazil napsali šestistránkovou monografii nazvanou

„Endokrinologie – interdisciplinární obor“, která se zabývá právě průnikem endokrinologie do ostatních oborů. Objevují se zde propojení s disciplínami, o kterých by člověk řekl, že mají k endokrinologii dost daleko. Příkladem může být dermatologie nebo oftalmologie, kde si dnes nelze představit řešení glaukomu bez alespoň elementárních znalostí endokrinologie a účinků kortikoidů. A obráceně, ostatní obory samozřejmě zase ovlivňují endokrinologii. Mezioborové spolupráce jsou dnes pro další medicínský výzkum nejpřírodnější.

### Co byste označil za nejzajímavější endokrinologické novinky poslední doby, nejen ve výzkumu?

Pro endokrinologii je právě typické zmíněné bourání přehrad mezi jednotlivými obory. I když to ne všichni berou na vědomí. Tak například je jasné, že inzulin je hormon, poruchy sekrece inzulinu jsou endokrinní onemocnění, takže diabetologie, která se od endokrinologie oddělila (zejména u nás, ve světě tomu tak ani není), má třeba podle zcela nově zavádaného systému společnou atestaci endokrinologie-diabetologie. Nicméně v rozpisu, který vytváří ministerstvo či pojišťovna, jsou sice do terénu předávána směrná čísla, jež určují, na kolik pacientů má



být ten který specialista, ale opět se to nebere jako společná odbornost, zase je tu dělení na endokrinology a diabetology.

A zatímco endokrinních onemocnění je (když se zahrnou i polycystická ovaria, o která se částečně starají gynekologové) přinejmenším více než diabetu, na sto tisíc obyvatel je jeden endokrinolog a čtyři diabetologové. Ačkoli v EU se prosazuje, že na sto tisíc obyvatel by měli být endokrinologové tři. Výsledek je ten, že pacient, kterého praktik doporučí k endokrinologovi, běhá po Praze nebo po celém Česku a naráží na zavřené dveře, protože endokrinolog mu řekne „jsem naplněn, nikoho neberu“.

Příjem nových pacientů třeba u nás v Endokrinologickém ústavu pořád ještě funguje, ale naráží na administrativní a časové překážky pro pacienta, takže se k vyšetření stejně dostává dost obtížně. A pokud jde o vytíženost jednotlivých našich lékařů, nejednou jsem slyšel, jak profesor Zamarzil říká: „Dneska skvělý, jen čtyřicet pacientů...“

**Často se dnes také hovoří o možnostech využití hormonů pro různé „nápravy přírody“. Znamená to, že by se mohl objevit i nový typ pacientů, přesněji asi klientů?**

Jistě, to už dnes vlastně existuje, jedním z témat endokrinologie adolescentů je třeba změna výšky postavy. To je možné jednak pomocí klasického podávání růstového hormonu tam, kde je ho nedostatek nebo i kde nějak vážně v důsledku nedostatku růstových faktorů. Pokud má dítě malý vzrůst a vypadá to, že prognosticky nedosáhne rozum-

né výšky, můžeme jej léčit poměrně dobře.

Další problematikou z téhož soudu je nadměrný růst – dosáhne-li v 16 letech výška dítěte 195 centimetrů a lze-li předpokládat, že růst bude pokračovat ještě nejméně dva roky, je otázkou, zda podávat či nepodávat nějaké hormony, které jej zabrzdí. Můžeme je však podávat s klidným svědomím, jen pokud neporušíme fertilitu v budoucích letech.

Kvalita kůže je také do značné míry určována hormony, takže hormonální vstupy mohou zasahovat velmi výrazně i do kosmetiky. Například prekursor zmiňovaného DHEA byl prakticky ve všech kosmetických výrobcích, které kdysi vyráběly Barrandovské ateliéry a měly zabraňovat vráskám.

To jsou spíše jenom farmakologické přístupy, ale existují už i skutečné léčebné postupy umožňující, aby člověku lépe chutnalo nebo aby mohl dosáhnout změny sexuální orientace či vůbec prožívání sexuálního života. Někdy do této oblasti vstupují i jiné obory (u mužů je to doménou urologů nebo andrologů), ale podstatou je zásah do endokrinního řízení.

Dnes také víme, že třeba hormon oxytocin, o kterém si generace lékařů myslely, že je dobrý tak pro ženy při porodu a při laktaci, určitým způsobem formuje i naše sociální chování. Je to hormon, který zvyšuje důvěru, ale na druhé straně i závist a škodolibost nebo se mu také připisuje, že je základem partnerské věrnosti. Takže s trochou nadsázky – kdybychom našli nějaký analog, který by zvyšoval důvěru, mohli bychom jej píchnout politikům, než se začnou o něčem dohadovat; to by bylo velice užitečné...

**Vlastně je to takové propojování biologických a sociálních kontextů...**

Ale zatím jsou to spíše fantazie do budoucna, i když je pravdou, že řada takových futurologických inspirací, které se zdály být bláznivé před 50 lety, se nakonec uskutečnila.

Hormony, které dokáží skutečně výrazně měnit chování, jistě do budoucna budou závažným předmětem výzkumu už třeba proto, že na nich závisí například mateřská láska a hodily by se řadě žen, jež nemají dostatečně zdůrazněný mateřský cit. Nebo lék na nešťastnou lásku, snad na bázi melatoninu či vazopresinu – taková *remedia amoris* by byla jistě lepším řešením než skok z Nuselského mostu. Nebo by bylo skvělé podávat třeba nějaký hormon proti agresivitě teroristům či raději preventivně všem...

Víme také, že podobné hormony hrají určitou roli třeba v rozvoji autismu a problém s autistickými dětmi se možná v budoucnu vyřeší podáváním nějakých vhodných hormonálních kombinací.

**Do jednoho čísla Vesmíru jste napsal zajímavý komentář k článku profesora Richarda Balona „Cholesterol, duševní onemocnění a násilí“. Ty souvislosti jsou dosti nezvyklé.**

Je známo, že vysoký cholesterol je rizikový faktor pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění. Když podáváme velké populační skupině statiny ke snížení cholesterolu a srovnáme ji s podobnou skupinou, které je nedáváme, zjišťujeme, že cholesterol u nich sice klesl, mortalita je ovšem u obou skupin prakticky stejná. Ale když se podíváme na příčiny mortality,

můžeme zjistit, že v neléčené skupině jsou jednou z hlavních složek kardiovaskulární onemocnění – ta jsou u léčené skupiny skutečně snížena, ale zvýší se tam například násilné činy, autohavárie a podobně. Přičítá se to tomu, že cholesterol má určitý ochranný účel z hlediska celého nervového systému, a tam, kde jsou nízké hladiny, dochází k různým projevům agresivity.

Nakonec máme jeden takový syndrom, Smithův-Lemliho-Opitův, kde vážně syntéza cholesterolu. U dětí, které jsou takto postiženy, se vedle morfologické stigmatizace i jejich chování vymyká normálním dětským projevům – jsou spíše agresivní, nevládnutelné. Takže něco podobného se pak může projevit i u lidí, kteří mají uměle snížený cholesterol, což má potom za následek, že jejich chování je vcelku jiné a vede k úmrtím jiného typu než na kardiovaskulární choroby, dokonce u nich stoupá i počet sebevražd.

**Samostatnou kapitolou je studium stárnutí, vašich zkušeností využívá také pražská anti-aging klinika. Jaký máte názor na používání hormonů při zpomalování nebo lepšího prožívání procesu stárnutí?**

Není to žádný univerzální prostředek jak zlepšit stárnutí. Ale pokud mluvíme o mužích, ne všichni mají pokles testosteronu s věkem tak výrazný, aby se to nějak zásadně dotýkalo jejich pocitu životní pohody. Dvacet procent je na tom dokonce velice dobře. Ale ve věku kolem 70 až 80 let v 50 procentech případů určitě nějaké problémy jsou, včetně snížené hladiny testosteronu. Ani pro stárnoucího muže přitom třeba sexuální život není nepodstatnou součástí života a určitá hladina androgenů je pak jeho podmínkou. Nakonec také nejvíc hypogonadismů s pozdním nástupem objevují právě sexuologové a andrologové, ke kterým muži přicházejí s problémy týkajícími se právě sexuálního života.

Jestliže najdu hladinu testosteronu natolik sníženou, že ji i u mladého člověka považuji za nedostačnou, mohu uvažovat o tom, že tomu pacientovi leccos zlepším tím, když mu dodám testosteron zvenčí. Na druhé straně víme, že mužské hormony nějakým způsobem pracují v prostatě, a i když zatím není nic jednoznačně prokázáno, měl by být pacient pořád pod kontrolou, přinejmenším urologickou, aby se nerozvíjela benigní hyperplazie prostaty, nebo dokonce karcinom, o kterém by se dalo eventuálně říci, že byl

nějakým způsobem podmíněn dodáním androgenů.

Ale nedostatek testosteronu se může projevit i v řadě jiných oblastí, třeba zvýšenou inzulínovou rezistencí nebo zvýšením kardiovaskulárních rizikových faktorů. Takže my sice primárně chceme napravit něco, co daný pacient prožívá třeba denně nebo cítí velice intenzivně, ale současně mu můžeme pomoci s řadou věcí, které vlastně upravujeme preventivně – například se může zlepšit i kostní metabolismus. Ovšem hormony přece jenom nejsou nějakou uniformní nebo jednoznačnou cestou k léčbě stárnutí. Příroda člověka odepisuje v době, kdy se stává zbytečným pro reprodukci, a civilizace ho vlastně přetahuje přes ten limitní věk. My se snažíme, aby ta léta, která má navíc, byla snesitelná nebo alespoň přijatelná.

**Jak se udržujete v kondici vy sám?**

Dříve jsem poměrně hodně sportoval, dnes mi z toho zůstává chození po kopcích. Jezděl jsem položávodně na kanoi a působil i jako lyžařský instruktor. Na lyžích jsme byli ještě předloni, ale manželka už se na sjezdovkách necítí zcela jistá, takže i tato činnost se omezí jenom na nejbližší pražské okolí, když je sníh. Ale rádi si ještě vyjedeme někde do ciziny do hor a spojíme to s nějakým i docela slušným výletem. Musím říct, že máme jeden takový standardní každoroční podnik, s přechodem Velké Fatry, zatím bez nějakých větších problémů.

**Máte v rodině nějaké následovníky, kteří by navázali na vaši profesi?**

Syn je geolog a pracuje na Správě chráněných oblastí. Vnouchata si jdou svojí cestou – vnučka dělá dějiny umění na teologické fakultě, kluk chodí na gymnázium a jeho ideálem je hrát handball za Bundesligu.

Dcera sice vystudovala také chemii, ale po roce v Bonnu, kde se jí věnovala, odešla do Ameriky, tam se dostala na Harvard a pak opustila veškerou vědu. Skoro dva roky prožila v Austrálii, kde s domorodci na koních sháněla dobytka. Zamilovala se do koní, udělala si trenérský kurz a dva roky se zase živila tím, že prošla prakticky všechny dostihové stáje v USA. Po dalších cestovatelských dobrodružstvích dostala místo v univerzitní knihovně v Idahu. Začala studovat práva a nyní působí v Seattlu na úřadě veřejného obhájce státu Oregon. Takže i zde započatá tradice končí.

# konference

NEJEN PRO PEDIATRY  
A DĚTSKÉ SESTRY

7. 10. 2011 Praha, Top Hotel

Registrujte se na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)



Přijďte se seznámit  
s novými poznatky  
v oboru.



## Pro lékaře

Odborný garant: prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

9.00–9.45	registrace
9.45–10.00	úvodní slovo
10.00–10.30	Aktuální problematika péče o extrémně nezralé novorozence – prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.
10.30–11.00	Následná péče o perinatálně ohrožené děti – doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.
11.00–12.00	oběd
12.00–12.40	Specifika výživy nejen předčasně narozených dětí – MUDr. Petr Tláskal, CSc.
12.40–13.30	Aktuální problémy v očkování – doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.
13.30–14.00	přestávka
14.00–14.30	Infekční nemoci v dětském věku – MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
15.00–15.30	Aktuální problémy v dermatologii – prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
15.30–16.00	předávání certifikátů

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16. Akce bude ohodnocena 5 kredity.

**Registrační poplatek:** 600 Kč – platba předem, 700 Kč – platba na místě

## Pro sestry

Odborný garant: MUDr. Petr Kašpar

Nový termín!

8.00–8.45	registrace
8.45–9.00	úvodní slovo
9.00–9.40	Vývoj psychomotoriky v postnatálním období – MUDr. Martina Kašparová
9.40–11.20	Jak včas rozpoznat patologii ve vývoji dítěte – PhDr. Tereza Nováková, Ph.D.
11.20–11.50	přestávka
11.50–12.30	Biopsychosociální potřeby dítěte – MUDr. Petr Kašpar
12.30–13.30	oběd
13.30–15.00	Riziko vzniku úrazů dětí a vybrané neodkladné stavy – Martina Eliášová
15.00–16.00	Praktická KPR u novorozence a dítěte* – Martina Eliášová
16.00–17.00	předávání certifikátů

\* Prvních 60 zájemců, kteří uhradí registrační poplatek předem, bude mít možnost vyzkoušet si KPR prakticky!

Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb. 4 kredity ČAS.

**Registrační poplatek:** 400 Kč – platba předem, 500 Kč – platba na místě

Kompletní informace naleznete na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

**Credit PLUS**  
Akce bude  
ohodnocena kredity



# Kočky v patách a kliky nahoru

„Kvůli Elišce máme kliky nahoru, naučila se otevírat dveře. Když byla u kocoura, musela jsem jeho majitelům vysvětlit, že musejí zamykat dveře v bytě. Tady doma občas dá někomu facku nebo kousne,“ říká **MUDr. Marie Říhová**.

**Z**ubní lékařka Marie Říhová z Prahy je „kočičí odbornice“ a nadšená chovatelka. Svůj volný čas tráví nejen se svými šesti kočkami (a jedním kotětem, i když Davídek půjde už brzy k novým majitelům), ale i s účastnicemi mezinárodních výstav koček, kde je posuzovatelkou. S dalšími zástupci malých šelem přichází do kontaktu přímo i nepřímě jako prezidentka české pobočky mezinárodní organizace FIFE (Fédération Internationale Féline).

## Zuby dají zabrat i kočkám

MUDr. Říhová léčí zuby pouze lidem, ve své soukromé praxi v Praze 3. Na zuby malých zvířat jsou speciálně zaměřeni někteří veterináři a kočičích pacientů mají hodně. Kočky ovšem paní doktorce důvěřují, nic špatného od ní nečekají a zrovna od ní by se nejspíš ošetřit i daly. „Na rozdíl od člověka kočky nemají tak často zubní kaz, ale trpí paradentózou, záněty dásní nebo mají viklavé zuby. Mívají úrazy zubů a některá plemena mají také ortodontické vady – poruchy skusu, předkusy,

stěsnání zubů, špatně umístěné zuby. Rovněž je třeba hlídat, aby se jim netvořil zubní kámen. Pokud se usadí, veterinář jej odstraní ultrazvukem, což se provádí ve slabé celkové anestezii. I kočkám tedy zuby dokáží dát pořádně zabrat. Zajímavostí je, že na rozdíl od člověka mají třicet zubů,“ říká stomatoložka a odbornice na kočky.

## Královna Eliška I.

„S kočkami žiju od šesti let. Doma mi dovoluvali mít jednu, vyprosila jsem si však tři. Teď konečně mám takový počet koček, jaký jsem si určila sama. Mám jich šest. Jsou to dvě siamky, dvě orientálky a dvě kočičky domácí. Siamky a orientálky jsou jedno plemeno, obě pocházejí z dnešního Thajska.“ A jak se od sebe tyto exotické kočky rozeznají? „Rozdíl je v barvě. Siamka má odznaky, světlé tělo a modré oči, částečně je to albín. Orientálka má plně zbarvené tělo a zelené oči. Siamky jsou velmi inteligentní a bývají hodně vázané na člověka. Chytře jsou někdy až moc, jsou hodně učenlivé, ale i tvrdohlavé. Orien-

tálky jsou siamkám podobné i povahově, jen bývají trochu méně temperamentní,“ vysvětluje paní doktorka.

V pražském rodinném domku má kočky ušlechtilé i úplně obyčejné, ale bere je všechny stejně, původ nepůvod, demokraticky mezi nimi nedělá žádné rozdíly. Ty jsou podle ní především v povaze. Kočky samy však na demokracii rozhodně nehrají. U Říhů panuje Eliška: „Je to královna. Vždycky je někdo na vrcholu hierarchie. Ona je zprv nejstarší a zadruhé dominantní. Přitom je to úplně obyčejná kočička, která k nám přišla jako malinké kotátko z lesa, na odpočívadle cestou autem domů. Siamky jsou taky dominantní a umí to dát najevo. Když je ve smečce kocour, vládne on. Ale je lepší, když vládne kočka; kocour je příliš tvrdý. Dokáže ostatní i ošklivě zranit. Kočka-vládyně syčí, tluče packou, většinou však neteče krev. Zkrátka má spíš ženské metody. Děsné je pak mít dva kocoury. Měla jsem otce a syna, syn otce těžce převálcoval. Byla to moje chyba, tenkrát jsem začínala. Kočky jsou individuality – od klid-



**Královna Eliška I.** | Foto: Zdeněk Gorgoň

ného, hodného mourečka, až po divoženku, jako je naše Eliška,“ popisuje s láskou a pochopením vztahy v kočičí komunitě nadšená chovatelka.

## Mýty a taškařice

Oproti psovi se kočce přisuzuje mnohem větší vázanost na místo než na člověka, ale to chovatelka vyvrací. „Jde o názor z doby polovolného života koček třeba na statku. Pokud však kočka žije s člověkem v přímém kontaktu, je na něj vázaná mnohem víc než na místo. Předpokladem z neznalosti je také ‚mýtus‘ o její falešnosti a nevěrnosti. Pravdou je, že kočka je oproti psovi autonomnější osobnost, není smečkové zvíře. Není úplný samotář, ale samostatnější než pes každopádně. Dalším omylem je, že kočka neslyší na jméno, nepřijde na zavolání nebo že ji nejde nic naučit. Jako všechno je to u nich i s učením naprosto individuální. Když se začne učit odmala, může kočka například klidně chodit venku na vodítku. Vidám slečnu, která venčí psa a kočku. Proslulé jsou tím siamky, to jsou kočky na vodítku a různé jiné taškařice. Také na apertování jsou bezvadné, běhají za kočičími hračkami a jsou blažené, když jim je házíte. S kočkami je vůbec obrovská legrace, hlavně s koťaty, to pak vůbec nepotřebujete televizi. Všechno se

chtějí naučit, jsou strašně zvědavá.“ A s dospělými kočkami? „Opět jak se kterou. Eliška, ta královna, kočka domácí, je úžasná. Máme kvůli ní kliky nahoru, naučila se otevírat dveře. Když byla před několika lety u kocoura, musela jsem jeho majitelům vysvětlit, že mají v bytě zamykat dveře. Tady doma občas někomu facku dá nebo kousne. Teď vlepila jednu výchovnou Davídkovi. Nedal jí přednost u hračky – a to si dovolil moc!“

## Šelmy pod dohledem

„Musíte se smířit s tím, že kočky máte věčně v patách, ale ono je to docela prima. Kočky prostě zájímá, co děláte, a chtějí být u toho.“ A podle paní doktorky vlezou opravdu všude, takže kotě najdete spát v botě nejen v Suchého písničky. „Často odjíždím na výstavy, a než odjedu, musím zařídit, aby se mi někdo postaral o kočky. Pomáhá rodina nebo kamarádi, já jsem spíš pro to nechat kočky doma než pro kočičí hotely. Hodně náročné je, když mám malá koťata – než odjedu, bere je k sobě kamarádka chovatelka i s jejich mámou. Nakrmili by je i manžel nebo dcera, ale chovatelka si spíš všimne, když něco není v pořádku. Koťata vůbec potřebují větší péči. Především se musejí převádět na pevnou stravu, nabízí se jim od čtvrtého týd-



**Z posuzování v Německu.** | Foto: Alfred Wittich

## KONÍČEK LÉKAŘE

ne. Většinou to nechťejí, ale pak si zobnou. Začínám masem. Tady stojí miska s krmením, které směřjí všechny naše kočky, a stojí tu celý den. Když chci dát kotěti ‚kotčící‘ sušenky nebo ‚kotčící‘ krmení, je to možné jedině pod dohledem, protože ty velké by mu to prostě sežraly. Když mám vrh koťat, musím to hlídat,“ vypráví o každodenních starostech i radostech MUDr. Říhová.

### Zlatý důl se nekoná

Paní doktorka má chovatelskou stanici siamských a orientálních koček, ale ani z této součásti svého kočičího koníčku nezbohatne. „Když se to dělá poctivě, není to zlatý důl, ale velká černá díra na peníze. Pokud to ovšem děláte zodpovědně, dáte zvířatům, co potřebují, kočku nepřetěžujete a máte rozumný počet koček. Trochu problém je, aby pak kořata měla dobrý domov – pokaždé se snažím ty lidi napřed trochu poznat. Paní, která si vezme Davidka, tu už byla dvakrát a dělá na mě dobrý dojem. Ale o něj strach mít nemusím, ten přijde do nového domova a osloví ‚svůj‘ personál, tedy rodinu. Oni budou šťastní, že ho mají, a on jim bude vládnout,“ optimisticky, ale nerada se chovatelka loučí s třinácti týdny starým siamským kocourkem.

Hodně práce je v chovatelské stanici kolem hygieny. „Chovnou kočku nemůžete pustit ven. Nakryl by ji nějaký kocour a mezi kočkami běhajícími venku řadí různé choroby; paraziti jsou to nejmenší nebezpečí. Navíc by kočky venku snadno přišly k úrazu, nebo by je někdo ukradl. Prostě ne proti všemu, co kočku může

na ulici potkat, lze očkovat. Bohužel také ne proti zlým lidem,“ říká paní doktorka.

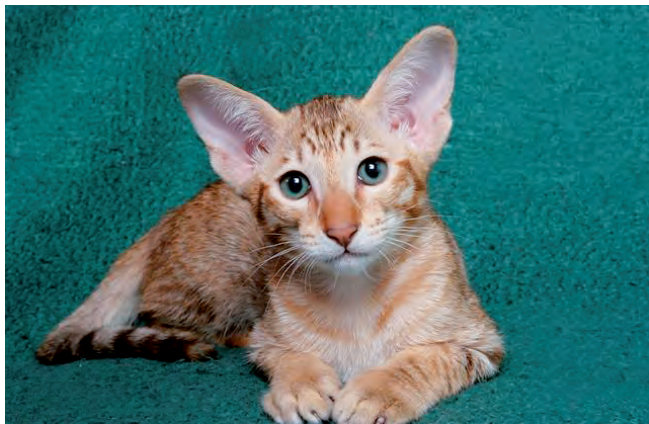
„I kočky, které jsou jen doma, potřebují pohyb. Ty moje na něj mají šplhadlo, hračky, schodiště – a mě. Hračky se jim časem (stejně jako dětem) okoukají. Musíte je proto obměňovat. Báječné funguje například plyšová rybička na udičce, jen vlasec už je asi pětkrát navázaný.“

### Déle než studium medicíny

Nejen obrovské zaujetí, ale také spousta času, energie a peněz musela paní doktorka vynaložit, než se stala světově renomovanou posuzovatelkou na výstavách koček a porotkyní v mezinárodních soutěžích.

„Studovala jsem medicínu, bylo mi něco přes dvacet. Už jsem měla chovatelskou stanici, ale usoudila jsem, že bych chtěla mít všechny kočky doma. Úplně všechny! Jenže to by nešlo, tak mě napadlo dělat posuzovatelku, abych se jimi mohla alespoň nějak zabývat. Začala jsem na výstavách od píky, od

stevarda – to je asistent posuzovatele, nosí kočky od majitele k posuzovateli a nazpátek a musí se naučit je zvládnout a předvádět. Kočky se nosí bez rukavic; jenom když je některá z nich zuřivá, tak v nich. Jsou spíš ke škodě, kočky se jich bojí... Ale vážně. Stálo to opravdu spoustu času. Nejde jen o to sbírat různé materiály a naučit se rozlišovat třeba znaky jednotlivých plemen. Hlavně jsem musela jezdit jako žák-posuzovatel po výstavách a dělat tam stáže a potom zkoušky na každou skupinu koček zvlášť. Máte určené počty vystavovaných koček, musíte vidět všechna plemena. Znamená to hodně cestovat. Náročné je to časově i finančně,“ vzpomíná na začátky této (nejen pro stomatologa) neobvyklé kariéry doktorka Říhová. Stala se posuzovatelkou pro všechna plemena, a než se takto kvalifikovala, trvalo to celkem dvanáct let, tedy jednou tolik než studium medicíny. Jako posuzovatelka objela souměže po celém světě, své aktivní fanoušky totiž kočky mají od Is-



Orientálka Čoki z chovu Marie Říhové. | Foto: archiv MUDr. Říhové



Foto: Michal Kaněra

landu přes Javu až po Austrálii. Daleko do světa se ostatně dostanou také české kočky. „Od našich chovatelů kupují kořata i do exotických zemí, třeba do Kuvajtu. Paradoxně právě v Kuvajtu, ale i v jihovýchodní Asii jsou v oblíbenosti dlouhosrsté kočky. Chovají je tam v klimatizovaných místnostech. Třeba na výstavě na Jávě byly samé peršanky. Ptala jsem se tamních vystavovatelů, proč nechovají siamky nebo barmy, ale jim to asi přijde moc obyčejné.“

### Čtení o kočkách

Paní doktorka je dlouholetou místopředsedkyní a od loňského roku předsedkyní Sdružení chovatelů koček v České republice (coby součástí Českého svazu chovatelů). Ve sdružení je organizováno

1800 chovatelů koček, neorganizovaných je však nepochybně víc. Členství znamená pro chovatele nejen možnost odchovávat rodokmenová kořátka, ale například i možnost účasti na výstavách. Sdružení také vydává informační zpravodaj a má své webové stránky [www.schk.cz/schk](http://www.schk.cz/schk). Spolupracuje rovněž s časopisem Naše kočky, jediným svého druhu u nás, kde se o kočkách můžete dozvědět všechno. Pro milovníky a chovatele koček doktorka Říhová píše i populárně-naučné knížky, vyšly jí už čtyři. Ta poslední, z nakladatelství Grada, je ještě na trhu a jmenuje se „Chov koček“. „Chovatelé mi říkali, že podle té knížky i rodili,“ říká její autorka. „Samozřejmě kořata!“

Jana Jilková

Inzerce A111005926

## Léčiva Richter Gedeon pomáhají lidem již 110 let

**Když lékárník Gedeon Richter v roce 1901 koupil lékárnu Sas (Orel) v ulici Ůllői 105 v Budapešti a v suterénu si vybudoval vysněnou laboratoř, netušil, že položil základy jedné z dominantních středo- a východoevropských farmaceutických firem současnosti.**

Obchodní síť společnosti dnes zahrnuje pět kontinentů. Její přípravky najdete ve více než stovce zemí po celém světě. Zabývá se výzkumem, vývojem, výrobou a obchodem v oblasti humánních léčivých přípravků.

### Skromné začátky

Lékárna Sas se pro Richtera Gedeona brzy stala příliš malou, pro-

to zakoupil pozemek a postavil skromnou továrnu, která v roce 1907 začala vyrábět léky. Vedle v té



Gedeon Richter

době převratných organoterapeutických preparátů na živočišné bázi přišel s fytochemickými a syntetickými produkty. Lék na srdce Adigan, dezinfekční prostředek Hyperol a antipyretikum Kalmo-pyrin měly velký úspěch. Poslední dva jsou dokonce oblíbené dodnes. V roce 1930 firma vyráběla přibližně sto druhů léků a disponovala tak celosvětovou firemní obchodní sítí. V roce 1966 představila první perorální antikoncepci a o jedenáct let později byl na trh uveden originální lék Cavinton.

### 10 originálních přípravků a 12 tisíc patentů

V roce svých 110. narozenin společnost disponuje výrobními závody v šesti zemích – vedle Maďarska

také v Rusku, Rumunsku, Polsku, Indii a v Německu. Má přímé zastoupení ve třiceti státech, provozuje čtrnáct obchodních poboček a velkoobchodních joint ventures. Kromě zemí Evropské unie operuje v USA, Japonsku a v zemích bývalého východního bloku. Produktové portfolio Richter Gedeon zahrnuje léčivé přípravky pro tereapii nemocí centrálního ner-

vového systému, hormonální antikoncepce, léky gastroenterologické, kardiovaskulární, urologické a onkologické.

S 900 vědeckými pracovníky je nejvýznamnější lékařskou výzkumnou základnou ve střední a východní Evropě. Celá skupina Richter Gedeon zaměstnává přibližně 10 tisíc lidí. Společnost dosud představila deset originálních léčivých přípravků a za dobu své existence podala celkem 12 tisíc patentů.

### Byznysmen historie

Gedeon Richter se stal obětí druhé světové války – byl zastřelen kvůli svému židovskému původu. Bylo mu 72 let.

V loňském roce získal jako první v historii *in memoriam* ocenění výkonného výboru a výkonné rady Maďarské

ské národní asociace manažerů. Ta se tímto způsobem rozhodla vzdát hold historicky důležitým ředitelům, byznysmenům a manažerům maďarských společností, jejichž společenský a ekonomický přínos je zřejmý a dodnes citelný.

# 60. výročí založení záchytné stanice

15. května 1951 zahájila v pražském Apolináři činnost Protialkoholní záchytná stanice – první instituce svého druhu na světě. Byla koncipována jako zařízení zdravotní péče s výrazně preventivním charakterem.

Záměrem zakladatele, doc. MUDr. Jaroslava Skála, bylo pomoci osobám závislým na alkoholu předjet zdravotním a jiným komplikacím, vyskytujícím se při opilosti a vystřízlivování. Současně šlo o včasný záchyt osob v riziku závislosti. Během následujících let vznikaly podle apolinářského vzoru další záchytné stanice jak v naší zemi, tak v zahraničí.

Jaroslav Skála sledoval osudy prvních 500 zachycených osob a došel k alarmujícím zjištěním: pouze u 20 % se jednalo o výjimečnou opilost, u 80 % pak o systematický abúzus. Jen 10 % však bylo před tímto prvním záchytem registrováno v protialkoholní poradně. V 90 % případů tedy záchytná stanice byla prvním zařízením, které provedlo evidenci a nabídlo léčbu. U 75 % pacientů následovala ambulantní léčba, u 25 % ústavní. Fakt, že 10–15 % ze zachycených byli lidé, kteří řídili pod vlivem alkoholu, se promítlo v následně přijaté vyhlášce o nulové toleranci alkoholu u řidičů.

## Budoucnost záchytek nejistá

Původní záchytná stanice byla v provozu u Apolináře do roku 1993, poté byla přemístěna na Míčánky a později na Bulovku. V uprázdněných prostorách v Apolináři zahájila činnost detoxikační jednotka pro léčbu abstinenčních stavů u závislých. Dnes v Česku existuje 17 zá-

chytných stanic, jež ale fungují jinak než původní zařízení a o jejich budoucnosti se vedou diskuze. Preventivní charakter stanic byl opuštěn, z valné části jsou nyní zařízeními represivními. Výrazně přibýlo zdravotnických komplikací a agresivity u zachycených, přičemž tato zařízení nejsou adekvátně vybavena pro zvládnání život ohrožujících stavů. Nad další činností záchytek se zamýšlejí jak jejich zřizovatelé (obce), tak členové pracovní skupiny pro návykové nemoci ministerstva zdravotnictví.

„Záchytné stanice se buď po vzoru západních států zruší, nebo budou zachovány tak, jako je tomu ve východoevropských státech.

Pokud by došlo k jejich zrušení, je třeba počítat s důsledky, jako je medicinalizace problému a tlak na zdravotnická zařízení. Je také otázkou, do jaké míry je policie připravena řešit problémy s agresivními opilci. Při další existenci záchytek by záleželo na tom, zda by se realizovaly systémové změny, tedy transformace těchto zařízení na detox, diferenciaci podle klientely a problému, nebo by šlo jen o kosmetické úpravy, jako je změna názvu. Každopádně by takovému rozhodnutí měla předcházet odborná diskuse mezi MZ ČR, odbornými společnostmi, policií, příslušnou radou vlády a dalšími subjekty. Návrat k původní koncepci záchytné stanice je podle



Docent Jaroslav Skála. | Foto: archiv

mého názoru sci-fi,“ říká primář oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze MUDr. Petr Popov.

## Jak pijí Češi

V pití alkoholu jsme první na světě. Udává se, že Češi vypijí v průměru 10–15 litrů čistého alkoholu za rok. „Významný je přitom fakt, že mnoho pravidelných pijáků piva jej nepovažuje za alkohol. Platí zde takzvaná česká nerovnice: pivo ≠ alkohol ≠ droga,“ upozorňuje doktor Popov. Rizikovým nebo škodlivým způsobem pije alko-

hol pětina dospělé české populace. Asi 2 % Čechů se potýkají s problémy, které by vyžadovaly odbornou pomoc. Jde přitom o konzervativní odhad, který reprezentuje dolní hranici, neboť i v anonymních šetřeních mají dotázaní tendenci udávat nižší spotřebu alkoholu, než odpovídá skutečnosti, navíc osoby s problémy ve vztahu k alkoholu častěji odmítají účast na dotazníkovém šetření.

Podle WHO je bezpečnou denní dávkou 20g čistého alkoholu pro ženy (půl litru desetistupňového piva nebo třetina dvanáctky nebo dvě deci vína nebo „panák“ 40% alkoholu), pro muže zhruba dvojnásobek. Vůbec by neměly pít děti, mladiství a těhotné ženy. Pro seniory platí, že by měli buď abstinentovat, nebo pití omezit. K nemocem spojeným s konzumací alkoholu se řadí jaterní cirhóza, akutní a chronická pankreatitida, zhoubné nádory (prsu, kolorekta, hlavy a krku, jater...), srdečně-cévní onemocnění, diabetes mellitus, obezita, neuropsychické poruchy a další. Zvýšený je též výskyt nehod a sebepoškození v souvislosti s konzumací alkoholu.

MUDr. Andrea Skálová



Ředitelka kanceláře WHO v Praze MUDr. Alena Šteflová a děkan 1. LF UK profesor Tomáš Zima. | Foto: Zuzana Šimůnková



Ředitelka VFN Mgr. Dana Jurásková a primář oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze MUDr. Petr Popov. | Foto: Zuzana Šimůnková

## Ambulantní prostory 3. interny v novém



Foto: Leoš Chodura

Koncem května byly slavnostně otevřeny rekonstruované ambulantní prostory Diabetologického centra, Endokrinologického centra a Obezitologického centra 3. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze.

Endokrinologické, diabetologické i obezitologické centrum poskytuje díky spolupráci několika pracovišť nemocnice i fakulty specializovanou a superspecializovanou péči nemocným nejen z Prahy a Středočeského kraje, ale v některých případech i z celé republiky.

Probíhá zde převážně ambulantní péče, proto je mimořádně důležitá kvalita a kapacita ambulantní části kliniky. Rekonstrukce, která začala koncem ledna 2011, zásadně zlepšila již nevyhovující prostředí, zejména prostorovou dispozici. První kontakt se odehrává u jediné recepce, přičemž přístup pomocí číselného

signalizačního systému usnadňuje komunikaci s pacienty. Prostory pro ordinace vyhovují současným požadavkům. Umožňují poskytování kvalitnější péče s menším počtem zdravotnických pracovníků a skýtají odpovídající prostředí pro drobné zákroky, například při péči o tzv. diabetickou nohu. (red)

## Mozky budoucnosti

CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin zve na konferenci „Mozky budoucnosti – Víze v rehabilitaci a sociálním začleňování lidí po poškození mozku“, která se koná ve čtvrtek 23. 6. 2011 v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR od 9 do 16 hodin. Záštitu nad akcí převzali místopředseda výboru pro zdravotnictví PSP ČR Jaroslav Krákor, ministr zdravotnictví Leoš Heger a ministr práce a sociálních věcí Jaromír Drábek. Více informací:

[www.cerebrum2007.cz](http://www.cerebrum2007.cz) (red)



# České lékařské komoře je 20 let

Česká lékařská komora (ČLK) předminulý čtvrtek oslavila kulaté výročí – 20 let od svého znovuzaložení. Slavnostní obřad se konal v prostorách Břevnovského kláštera v Praze.

Slavnostní odpoledne velmi vkusně zahájila hudební skupina Spirituál kvintet. Po ní všechny přítomné hosty uvítal současný prezident České lékařské komory Milan Kubek. Podle něj se komora těší největší důvěře svých členů v historii, což dokládá výsledky nezávislých průzkumů. „Existence nezávislé profesní samosprávy je jedním ze základních předpokladů autonomie lékaře při rozhodování. Ta je velice důležitá pro bezpečnost pacientů a úroveň medicíny,“ řekl Kubek. Profesní do-

zor nad lékaři je podle jeho názoru klíčový – ať už zůstane povinné členství, nebo se změní na povinnou registraci jako v některých evropských zemích, s čímž by prezident souhlasil.

## Spokojenost lékaře i pacienta

První prezident komory Miloš Štejfa vzpomínal, že prezidentem komory byl zvolen vlastně náhodou, protože původně do čela ČLK vůbec kandidovat nechtěl. Většinu hlasů získal až na základě dodateč-

né kandidatury. Podle něj je Českou lékařskou komorou nutně považovat za nezávislou nepolitickou samosprávnou organizaci, jejímž hlavním úkolem je chránit a rozvíjet moderní vztah mezi lékařem a pacientem a garantovat vysokou úroveň naší medicíny. „Zdravotnictví může fungovat pouze, je-li spokojen jak lékař coby vzdělaný odborník, tak i pacient jako jeho klient, jemuž se dostane nejen důvěryhodného ošetření, ale i rady,“ řekl profesor Štejfa.

## Historie v kostce

ČLK vznikla jako stavovská organizace lékařů v roce 1894, její vývoj byl ale v roce 1950 násilně přerušena. Podrobnější historii komory představil MUDr. Pavel Kubíček, který je spoluautorem reprezentativní publikace „Česká lékařská komora – historie a význam“, jež byla vydána k jubileu komory. České lékařské komoře přijeli popřát hodně úspěchů i zahraniční hosté. Prezident Slovenské lékařské komory prof. Milan Dragula, prezident Rakouské lékařské komory dr. Walter Dorner, prezident Evropské asociace nemocničních

lékařů (AEMH) a člen představenstva Portugalské lékařské komory dr. João De Deus, viceprezidentka Německé spolkové lékařské komory dr. Cornelia Goesmannová, viceprezident Francouzské lékařské komory dr. Xavier Deau, prezident Polské lékařské komory dr. Maciej Hamankiewicz, prezident Stálého výboru evropských lékařů (CPME) a viceprezident Polské lékařské komory dr. Konstanty Radziwill a prezidentka Slovenské lékařské komory dr. Gordana Kalanová Živčecová. **Olga Pavlíková**



Prezident ČLK Milan Kubek přijímá vřelé gratulace od prezidenta Evropské asociace nemocničních lékařů a člena představenstva Portugalské lékařské komory Joãa De Deuse. | Foto: Leoš Chodura



MUDr. Pavel Kubíček seznámil hosty s historií České lékařské komory. | Foto: Leoš Chodura



Oslav se zúčastnil i první prezident ČLK Miloš Štejfa (mezi Milanem Kubkem a viceprezidentem ČLK Zdeňkem Mrozkem). | Foto: Leoš Chodura

## Osmnáctým rytířem lékařského stavu Jiří Jedlička

Odpovědnost, vlídnost a profesionální svědomí k nemocnému má na rytířském štítu i osmnáctý Rytíř českého lékařského stavu, kterým byl letos vyhlášen pneumolog Jiří Jedlička.

Prezident ČLK Milan Kubek v rámci oslav výročí organizace v Břevnovském klášteře pasoval Jiřího Jedličku na rytíře lékařského stavu. Ten převzal rytířskou medaili a písemné stvrzení svého titulu. Stavovská organizace jej uděluje od roku 1996 lékaři, který se mimořádně zasloužil o etiku povolání, rozvoj medicíny a humanismu nebo projevil mimořádně statečný občanský či lékařský postoj.

### Z lékařského rodu

Jiří Jedlička se narodil 22. února 1941 v lékařské rodině. Jeho rod je spojen s chirurgem profesorem Rudolfem Jedličkou, zakladatelem stejnojmenného ústavu. Kvůli nedělnickému původu ne-

mohl na gymnázium, vystudoval průmyslovou školu geologickou a pracoval v ČKD polovodiče. U jeho přijímacích pohovorů na medicínu seděl i dnešní profesor Zdeňk Dienstbier, zakladatel oboru radiobiologie a nukleární medicíny v Československu a dlouholetý předseda Ligy proti rakovině, kterého na uchazeči zaujala znalost radiačního vyšetřování.

MUDr. Jedlička promoval v roce 1966 a nastoupil do léčebného ústavu TBC Jiřího Wolkera v Tažanské Poliance, kde se staral o pacienty s tuberkulózou. Po třech letech odešel do Klatov na tamní plicní oddělení, později se zde stal primářem TRN (tuberkulóza a respirační nemoci). V roce

1988 se vrátil do Prahy a do svých 64 let pracoval jako primář oddělení TRN v nemocnici s poliklinikou ve Vysočanech. Čtyři roky působil také ve Studentském zdravotním ústavu ve Spálené ulici v Praze 1, kde v rámci kontroly šíření TBC spolupracoval při vyšetřování bezdomovců.

### Dekorován nikoli tituly, ale svou prací

Jiří Jedlička je jedním ze zakládajících členů obnovené ČLK. Léta působil ve zkušebních atestačních komisích ve svém oboru a atestujícím kolegům přednášel o právních dopadech při odborných pochybeních lékařů. Dosud pracuje v plicní ordinaci v Sušici a jako



Prezident ČLK Milan Kubek pasuje na Rytíře českého lékařského stavu pneumologa Jiřího Jedličku. | Foto: Leoš Chodura

konziliář pro sušickou nemocnici. Je členem čestné rady okresního sdružení ČLK v Klatovech. Řadu let byl předsedou čestné rady České lékařské komory, tedy nejvyššího stavovského soudu, a v roce 1995 vymyslel ocenění rytířským řádem, jež v roce 20. výročí znovuzaložení komory sám dostal. „Doktor Jedlička se hodně zasloužil o komoru jako předseda její čestné rady a mnohale-

tý funkcionář. Kromě toho je to člověk s vysokým lidským i morálním kreditem a na slovo vzatý odborník v pneumologii,“ uvedl prezident Kubek. Výběrem lékaře z terénu ČLK podle jeho slov pokračuje v trendu, kdy se snaží ocenit lékaře, kteří nejsou dekorováni množstvím akademických titulů, nepracovali na špičkových klinikách, ale celý život se věnovali svým pacientům. **(op)**

# Zážitkové tábory pro chronicky nemocné děti

Unikátní rekreační a terapeutický program Bátor tábor nabízí již deset sezón komplexní terapeutické rekreační programy dětem s nádorovým onemocněním, diabetem, chronickým zánětem kloubů či hemofilii.

Tábor, jehož chod prostřednictvím dobrovolníků zajišťuje nadace Bátor tábor, dětem umožňuje, aby si po bolestivé nemocniční léčbě prožily a vyzkoušely, co to

vlastně doopravdy znamená být dítětem.

Od roku 2008 jezdí do maďarského Hatvanu také vážně nemocné děti z Česka, Slovenska a Polska.

I letos v létě se táborového programu, který finančně zajišťuje Nadační fond Nadace Bátor tábor ČR, bezplatně účastní také vážně nemocné české děti. „Spolupracu-

jeme s fakultními nemocnicemi v Motole a v Brně. Každý rok na letních táborech přivítáme okolo 30 českých dětí s onkologickým onemocněním,“ říká zástupkyně nadace Andrea Cejnarová.

Každého turnusu se účastní celkem 70 dětí a stejný počet dobrovolníků. „Děti zde během rušných, ale velmi pohodových dnů navazují bezpočet nových přátelství, která často udržují i dlouho poté, co se vrátí do svých domovů a k rutinám spojeným s jejich nemocí,“ dodává zástupkyně nadace.

## Pohádková nemocnice

Budovy někdejšího pionýrského tábora byly kompletně přestavěny a zmodernizovány v roce 2007. Při projektování architekti zohlednili požadavky chronicky nemocných dětí, aniž by úpravami budov či jejich okolí narušili přírodní prostředí typické pro dětské letní tábory. Veškerá strava na táborech je připravována pouze z kvalitních, striktně kontrolovaných surovin. Funguje zde také táborová „mininemocnice“, kde jsou k dispozici všechny potřebné prostředky a léky. Zdravotnický tým pracuje ve dvou ordinacích, jsou zde čtyři



Foto: archiv pořadatelů

pokoje, místnost pro úschovu léků, sklad a bezbariérová koupelna. Všem jde o to, aby se i v „mininemocnici“ děti cítily co nejlépe, proto tu vládne přátelská a tak trochu i pohádková atmosféra.

## Zážitková terapie posiluje sebevědomí

V roce 2007 se Bátor tábor stal jediným středoevropským členem mezinárodní unie Association of Hole in the Wall Camps, kterou v roce 1988 založil americký držitel Oscara herec Paul Newman. Členy asociace jsou tábory, jež pomáhají zlepšovat zdravotní stav chronicky nemocných dětí prostřednictvím metod zážitkové terapie.

Již čtyři roky probíhá na Bátor táborech průzkum působení tohoto typu aktivit na vážně nemocné děti. Z vyhodnocení vyplývá, že zážitková terapie pozitivně ovlivňuje nejen sebevědomí dětí, ale i jejich sociální vztahy. Příznivě se vyvíjí rovněž jejich vnímání nemoci a náhled na vlastní – především fyzické – limity. (klu)



Foto: archiv pořadatelů

## Umělci dětem a děti všem

Počátkem května byl zahájen již 4. ročník projektu, kdy umělci v čele s česko-kanadskou malířkou a výtvarnicí Helenou Schmaus-Shoonerovou pomáhají dětem z Dětské psychiatrické léčebny v Opařanech. Díla umělců, účastníků projektu, také zdobí interiéry dětské léčebny.

Výstava s názvem „Umělci dětem a děti všem“ byla počátkem května slavnostně otevřena v kostele sv. Jana Křtitele v Jindřichově Hradci.

Vystavena jsou originální díla Heleny Schmaus-Shoonerové a jejích přátel (Emma Srncová, Jan Pacák, Anna Bosáková, Otýlie Kletvíková, Marie Jarkovská, Alena Kartáková a Jana Mašíková či Theodor Buzu z Moldávie), účastníků mezinárodních sympozií „Tradice a možnosti českého porcelánu“ a dětí z Dětské psychiatrické léčebny Opařany. Děti na výstavě vystavují keramické ptáčky, které malovaly a jsou k prodeji. Prodejní jsou rovněž některá originální díla umělců. Výtěžek bude putovat na konto léčebny v Opařanech na další rozvoj arteterapeutického ateliéru. Výstava je pořádána Muzeem Jindřichohradecka a pod záštitou velvyslankyně Kanady v ČR Valerie Raymondové. Expozice je přístupná do 10. července 2011. (red)



Foto: archiv léčebny

## S plátnem a paletou

Ve Faustově domě na pražském Karlově náměstí vystavují svá díla lékaři sdružení ve Výtvarném svazu lékařů.

Akademický klub hostí jarní výstavu výtvarných děl lékařů, jejichž koníčkem je kreslení a malování. Lékaři při něm odpočívají, možná i proto se na vystavených obrazech objevují především klidné krajiny a zátiší s květinami, nikoli figurální motivy, ačkoli vystavující by prokázanou erudicí určitě výtvarně zvládli i „figuru“. Většina pracuje poměrně náročnou technikou, s olejovými barvami, ale jsou tu i velmi zdařilé akvarely a práce kreslené křídami a pastelkami.

Výtvarný svaz lékařů, sdružující nadšené umělce v bílých pláštích, funguje již od začátku 70. let a za tu dobu uspořádal 45 výstav na nejrůznějších místech – od Starých Hradů u Libáně až po Kongresové centrum Praha. Výstavu několika desítek obrazů je-

ho členů lze zhlédnout ve Faustově domě do 31. května. Otevřeno je ve všední dny, od 11 do 17 ho-

din, vstup je volný a výstava je prodejní. (ll)



Český Krumlov na obraze otorinolaryngologa Oldřicha Laciny. | Foto: Růžena Kalková

# Ty, ač nejsi brabenec!

Nadační fond Onkologie pro 21. století při onkologickém oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice uspořádal již 18. společenský večer pro pacientky s karcinomem prsu a jejich přátele pod názvem „Sebevědomí pro každý den“.

Program slavnostního setkání zahájila jazzová kapela s písní „Ezop a mravenec“ a veselá optimistická nálada vládla ve zcela zaplněném Raisově sálu Národního domu na pražských Vinohradech po celý večer.

Již tradičně silným magnetem „Sebevědomí pro každý den“ byla módní přehlídka salonu Magic Helena. Manekýnami jsou pacientky, které prodělaly operaci prsu na onkologickém oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice (FTN). Publiku předvedly širokou paletu modelů včetně letních šatů a velkých večerních toalet. Osmnáct dam, většinou středního věku, za hodinu, kterou měly na přípravu, nacvičilo pod vedením majitelky salonu Heleny Kohoutové show, během níž každá jako modelka předvedla sedm módních kreací. Touto módní přehlídkou

dodávají odvahu všem postiženým ženám. Nejde jen o krásné šaty, „manekýny“ především ukazují, že se dá dobře žít i s hendi-



Foto: Leoš Chodura

kepem a jak i po operaci prsu mohou nosit vše, co se jim líbí, a být oprávněně hrdé a sebevědomé. Překvapením večera byla dražba celkem šestnácti grafických listů. Dražitelé si odnášeli domů díla například Jiřího Boudy, Pavla Sívkva nebo Josefa Herčíka mladšího.

Výtěžek z dražby a ze vstupného byl věnován Nadačnímu fondu Onkologie pro 21. století, jehož cílem je získávat prostředky pro financování drahých diagnostických i léčebných přístrojů a přispívat ke zvýšení léčebného komfortu pacientů. Fond, který v roce 1992 založila primářka onkologického oddělení FTN profesorka Jitka Abrahámová, financuje své aktivity z příspěvků jednotlivců, organizací a firem a pořádáním vlastních akcí.

☺

## Konference zdravotních sester a radiologických asistentů katetrizačních sálů

13.–14. října 2011 se koná 3. celostátní konference zdravotních sester a radiologických asistentů katetrizačních sálů s mezinárodní účastí.

Akce se koná v Clarion Congress Hotelu Ostrava. Pořadatelem jsou oddělení intervenční neuroradiologie a angiologie RDG ústavu FN Ostrava, katedra zobrazovacích metod LF OU, Česká asociace sester a Společnost radiologických asistentů ČR.

### Náplň:

- Živý přenos z katetrizačního sálu ve FN Ostrava
- Endovaskulární léčba venózní insuficience u RMS

- Iktový program v roce 2011 a mechanická revaskularizace CMP

### Sekce zdravotních sester:

- Perioperační péče o pacienta na katetrizačním sále
- Edukace a komunikace s pacienty před a po intervenčním výkonu
- Využití ošetrovatelského procesu na katetrizačním sále
- Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta před a po intervenčních výkonech

Sekce radiologických asistentů a biomedicinské techniky:

- Nové zobrazovací technologie v intervenční radiologii
- Přínos CT a MR pro intervenční radiologii
- Postprocedingové metody
- Archivace dat a PACS systémy

Následovat bude program společný pro obě sekce.

Více informací a přihláška: [www.konference.angio.cz](http://www.konference.angio.cz) (red)

## Setkání gynekologů v Hradci Králové

Společná konference Sdružení soukromých gynekologů ČR a České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP se uskuteční ve dnech 3.–5. 6. 2011 v Kongresovém centru ALDIS v Hradci Králové.

Vybraná aktuální témata jsou určena lékařům z lůžkových zařízení i ambulantním gynekologům. Stejně jako v minulosti jsou zvány i porodní asistentky a zdravotní sestry,

jejichž seminář proběhne v sobotu 4. 6. 2011. Samozřejmě se mohou zúčastnit akce po celou dobu jejího trvání.

**Kontakt:** sekretariát G-Agency,

s. r. o., tel.: 602 740 822, fax: 585 234 499, e-mail: [info@g-agency.eu](mailto:info@g-agency.eu)

**Více informací:** [www.cgps.cz](http://www.cgps.cz), [www.ssg.cz](http://www.ssg.cz), [www.g-agency.eu](http://www.g-agency.eu)

(red)

## Praktický lékař a onkologická onemocnění

Ve dnech 30. 9. – 1. 10. 2011 proběhnou XIX. brněnské dny praktického lékařství, tentokrát zaměřené na onkologii. Místem konání je aula Univerzitního kampusu LF MU Bohunice.

Pořadatelem je Lékařská fakulta Masarykovy univerzity ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP, Sdružením praktických lékařů, Českou asociací sester, Českou lékařskou komorou a odborem zdraví Magistrátu města Brna.

### Témata:

- Epidemiologie nádorových onemocnění
- Onkologické preventivní prohlídky – kritický pohled
- Genetika a nádorová onemocnění, doporučená preventivní opatření
- Nádorové markery
- Karcinom kolorekta, karcinom plic, karcinom ledvin, karcinom prostaty, gynekologická nádoro-

vá onemocnění, hemoblastózy, nádorová onemocnění kůže

- Analgetická léčba u onkologicky nemocných
- Vedlejší účinky protinádorové terapie a jejich léčba
- Deprese a onkologická onemocnění
- Výživa u nádorových onemocnění v paliativní péči
- Terminálně nemocný v ordinaci praktického lékaře.

Konference je zařazena do systému kontinuálního vzdělávání a je bonifikována ČLS JEP.

Více informací: Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství LF MU a FN Brno, Anna Kubišová, tel.: 549 491 364, e-mail: [akubis@med.muni.cz](mailto:akubis@med.muni.cz)

(red)

## Léčba pooperační bolesti pokřtěna

V rámci VI. symposia o léčbě bolesti v kongresovém centru brněnského hotelu Voroněž byla pokřtěna knižní novinka z nakladatelství Mladá fronta „Léčba pooperační bolesti – 2. doplněné vydání“.

Publikaci napsal kolektiv autorů pod vedením doc. MUDr. Jiřího Málka, CSc., z Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FN Královské Vinohrady a prof. MUDr. Pavla Ševčíka, CSc., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno. Knihu pokřtil přednosta Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., a jeden z recenzentů MUDr. Jiří Kozák, Ph.D., z Centra pro léčbu a výzkum bolestivých stavů FN Motol. Autoři v této knize předkládají doporučení pro léčbu pacientů rozdělená podle předpokládané intenzity pooperační bolesti a rovněž nezbytná základní teoretická východiska.

(red)



**Kmotr knihy profesor Richard Rokyta.** | Foto: Milena Dvořáková

# Práce v režimu konta pracovní doby

V naší organizaci mají někteří zaměstnanci nerovnoměrně rozvrženou pracovní dobu a je zavedeno konto pracovní doby. Jako diskriminační vidíme následující fakt: Z prostého výpočtu stanovené týdenní pracovní doby vyplývá, že zaměstnanci v režimu konta pracovní doby musejí za 26 týdnů vyrovnávacího období odpracovat 1040 hodin (26 x 40), za rok tedy 2080 hodin (52 x 40). Naproti tomu zaměstnanci, kteří mají rovnoměrně rozvrženou pracovní dobu od pondělka do pátku (a 40hodinový pracovní týden), odpracují díky svátkům v roce 2011 pouze 2024 hodin.

**Mzda je přitom u nás stanovena jako měsíční, nikoli hodinová. Pokud tedy mají dva zaměstnan-**

**ci v pracovní smlouvě stanovenou měsíční mzdu například 20 tisíc Kč a jeden z nich pracuje v režimu konta a druhý ne, pak si sice oba vydělají za rok 240 tisíc Kč hrubého, ale pracovník v režimu konta musí odpracovat o desítky hodin více. Je toto v souladu se zákony? Myslíme, že zaměstnanci s kontem se cítí oprávněně diskriminováni oproti těm bez konta – musejí odvést za stejnou odměnu více práce.**

Uvedený problém je třeba posuzovat i v kontextu vnitřního předpisu, popřípadě kolektivní smlou-



Mgr. Libor Štajer  
advokát, KMVS,  
advokátní kancelář, s. r. o.

vy, jež platí v organizaci tazatele. Bez jejich konkrétní znalosti mohou v obecné rovině uvést pouze to, že se nedá vycházet jen z prostého výpočtu stanovené týdenní pracovní doby pro zaměstnance, kteří mají konto pracovní doby, a dále pro zaměstnance, kteří mají rovnoměrně rozvrženou pracovní dobu. Je třeba vzít v úvahu písemný rozvrh týdenní pracovní doby, se kterou musí být i zaměstnanci pracující v režimu konta pracovní doby seznámeni nejméně 1 týden před začátkem vyrovnávacího období, pokud se nedohodnou se zaměstnavatelem na jiné době seznámení.

Tento rozvrh týdenní pracovní doby je pro zaměstnance v režimu konta klíčovým dokumentem ve vztahu k posuzování pracovní doby a svátků. Pokud zaměstnanec v režimu konta odpracuje všechny směny, které měl zaměstnavatelem určeny v písemném rozvrhu týdenní pracovní doby, nebo některé z nich neodpracuje v důsledku svátku, pak mu žádná směna nemůže ani chybět, ani přebývat, tudíž by ji neměl napracovávat v budoucím období.

## Účet pracovní doby

Pro zaměstnance v režimu konta pracovní doby je zaměstnavatel povinen vést účet pracovní doby a účet mzdy zaměstnance, přičemž na účtu pracovní doby se vykazuje stanovená týdenní pracovní doba, rozvrh pracovní doby na jednotlivé pracovní dny včetně začátku a konce směny a doba odpracovaná v jednotlivých pracovních dnech a za týden. Údaje týkající se skutečně odpracované doby slouží k výpočtu dosažené mzdy.

# Jak se zaměstnat bez registrace

**Maturovala jsem v roce 2006 jako všeobecná sestra. Ze tří míst, kde jsem byla dosud zaměstnána, se mi podařilo získat praxi v celkové délce 11 měsíců a pár dnů. Některý čas jsem byla v evidenci úřadu práce a nyní jsem na rodičovské dovolené. Ráda bych se vrátila do práce, ale bez registrace mě nikde nechtějí přijmout.**

**Pokud budu pracovat jako ošetřovatelka nebo asistentka sestry, bude se mi tato doba započítávat do praxe pro registraci? A nastoupím-li do práce po rodičovské v roce 2014, bude se mi pro registraci počítat těch 11 zmíněných měsíců praxe (a body z přednášek v období prosinec 2006 až leden 2009)? Mohou se do 3 let praxe započítat i 3 měsíce odpracované u zaměstnavatele, který mne propustil ve zkušební době?**

stra na střední zdravotnické škole, musíte nejprve splnit 3 roky výkonu povolání všeobecné sestry minimálně v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby za celou profesní činnost. Z toho lze minimálně 1 rok výkonu povolání v příslušném oboru v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo

2 roky výkonu povolání v příslušném oboru v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby za období posledních 6 let započítat pro podání žádosti o vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Je nutné doložit výkon povolání všeobecné sestry, která vykonává činnosti dle § 4 vyhlášky č. 424/2004 Sb. Výkon povolání ošetřovatelky, pracovníce přímé obslužné péče apod. Vám uznat nelze. Po dobu zbývajících do celkové délky výkonu povolání, která je nutná k vydání osvědčení, musí-

te pracovat jako všeobecná sestra pod odborným dohledem.

## Kredity, nebo zkouška

Do stanovené celkové délky 3 let výkonu povolání Vám bude započítána veškerá praxe, kdy jste jako všeobecná sestra pracovala. Kreditní body musí pocházet ze vzdělávacích akcí konaných v období posledních 6 let od podání žádosti o vydání osvědčení. Účast na celoživotním vzdělávání lze nahradit zkouškou k vydání osvědčení. Další informace naleznete na internetových stránkách NCO NZO: [www.nconzo.cz/registr](http://www.nconzo.cz/registr)



Ilustrace foto: Shutterstock

odpovídá  
PhDr. Michaela  
Hofštetrová Knotková  
náměstkyně ředitelky NCO NZO  
pro úsek regulace nelékařských  
zdravotnických povolání a výzkumu

Vzhledem k tomu, že jste získala kvalifikaci v oboru všeobecná se-

## Ošetřování člena rodiny

**Můj otec je po vážné operaci a nyní byl propuštěn do domácího ošetřování. Není však schopný se o sebe postarat, takže teď čerpám „paragraf“, na který prý je nárok 9 dní. Je nějaká možnost jak si tuto dobu prodloužit?**

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

Takzvaný „paragraf“ neboli ošetřování nemocného člena rodiny představuje pro zaměstnance důležitou osobní překážku v práci ve smyslu § 191 zákoníku práce, přičemž zaměstnavatel je povinen nepřítomnost zaměstnance z tohoto důvodu omluvit. Nárok na ošetřování nemocného člena rodiny v souladu se zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, náleží zaměstnancům (mužům i ženám), kteří nemůžou pracovat, poněvadž musí:

- ošetřovat nemocné dítě mladší 10 let,
  - pečovat z uznaných důvodů o dítě mladší 10 let,
  - ošetřovat jiného nemocného člena rodiny, jestliže jeho zdravotní stav nezbytně vyžaduje ošetřování jinou osobou.
- Při ošetřování jiného nemocného člena rodiny je přitom nutnou podmínkou, aby zaměstnanec žil ve společné domácnosti s ošetřovaným. Ošetřovné se poskytuje po takzvané podpůrné době, která činí standardně 9 kalendářních dnů.

## Prodloužení „paragrafu“

Rozšířená podpůrná doba v délce trvání 16 kalendářních dnů může být využita pouze osamělým zaměstnancem, který má v trvalé péči 1 dítě ve věku do 16 let, jež neukončilo povinnou školní docházku. Tato prodloužená podpůrná doba se přitom vztahuje i na ošetřování jiného nemocného člena rodiny.

Možnosti, jak si prodloužit dobu, kdy můžete pečovat o svého otce, jsou tedy následující:

- Jste osamělým zaměstnancem a současně máte v trvalé péči alespoň jedno dítě mladší 16 let, které ještě neukončilo povinnou školní docházku.
- Prostřídáte se v péči s manželem tak, aby každý z vás mohl postupně pečovat o Vašeho otce.
- Po uplynutí podpůrné doby požádáte o neplacené volno.

# Interrupce – rozpor mezi svědomím a pracovní smlouvou

**Původní podoba Hippokratovy přísahy zakazuje lékařům provádět potraty (stejně jako např. operaci ledvinových kamenů), v současné variantě lékařského slibu používaného v Česku již ovšem žádný takový zákaz není. Podle zákonů mnoha zemí (včetně ČR) nesmějí být lékaři nuceni vykonávat umělá přerušování těhotenství (interrupce), je-li to v rozporu s jejich svědomím (výhrada svědomí). Gynekolog vázaný pracovní smlouvou se však může dostat do obtížně řešitelné situace, protože požadavky jeho za-**



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

**městnavatele obvykle provádění potratů zahrnují. Jak takový rozpor řešit?**

Tazatel má pravdu, že při úvahách o tom, co je či není dovoleno při poskytování zdravotní péče, skutečně nelze vycházet z původního

textu Hippokratovy přísahy.

Jestliže však uvádí, že „podle zákonů mnoha zemí (včetně ČR) nesmějí být lékaři nuceni vykonávat umělá přerušování těhotenství (interrupce), je-li to v rozporu s jejich svědomím (výhrada svědomí)“, nemohu s ním – pokud jde o Českou republiku – souhlasit.

V našem právním řádu neexistuje žádné takové explicitní ustanovení, které by lékařům umožňovalo uplatnit výhradu svědomí pro případ pokynu zaměstnavatele provést umělé ukončení těhotenství a z tohoto důvodu tento zákrok neprovést.

## Obrana Listinou

Není tomu ovšem tak, že by český právní řád tuto otázku zcela opomíjel. V čl. 15 odst. 1 Listiny základních práv a svobod se mimo jiné uvádí, že svoboda svědomí je zaručena. Nic bližšího a konkrétnějšího však v našich právních předpisech nenajdeme. Na druhé straně se jedná o právní normu vyplývající z ústavního pořádku, který je nadřazen „obvyčejným“ zákonům.

Pokud by tedy lékař odmítl provést interrupci z důvodu výhrady svědomí a jeho zaměstnavatel by jej za to postihl, například tak, že by mu dal výpověď z pracovního poměru, mohl by se tento lékař bránit tak, že se nedopustil porušení žádné ze svých povinností, neboť pouze legitimně realizoval ústavou garantovanou svobodu svědomí. A přestože mi dosud není známo, že by se některý soud v České republice v obdobné věci vyjádřil, očekával bych úspěšnost takové obrany lékaře.



Ilustrace foto: Shutterstock

## Přeřazení registrované sestry z 10. do 9. platové třídy

Může nemocnice z důvodu úsporných opatření hromadně přeřazovat sestry z 10. do 9. platové třídy bez jejich souhlasu? V naší nemocnici se to nyní děje a je na nás vyvíjen nepřímý nátlak, že pokud nepodepíšeme, máme radši dát výpověď, abychom nezvyšovaly náplň na oddělení. Nebo – jako další možnost – máme být k dispozici pro všechna oddělení v naší poměrně velké nemocnici. Vnímáme to jako tlak na to, abychom dávaly výpovědi a nemocnice za nás mohla brát levnější zdravotnické asistenty. Jak se můžeme bránit?



odpovídá  
JUDr. Kateřina Davidová  
advokátní kancelář KMVS

ně vymezenou pracovní náplní větší prostor pro přeřazování v rámci jednotlivých tříd. Zaměstnavatel pak může jednoduše změnit práve onu nejnáročnější práci, kterou po Vás jako zaměstnanci požaduje, a to obvykle tak, že Vám předá novou pracovní náplň. Tomu se bohužel těžko budete bránit, nebudete-li moci prokázat, že takovému opatření je účelové.

## Záleží na smlouvě

Záleží tedy zejména na tom, co máte jako druh práce uvedeno v pracovní smlouvě a jak máte vymezenou pracovní náplň, protože v souladu s tím byste měla být zařazena do příslušné platové třídy. Pokud se i přes výše uvedené domníváte, že byste měla být zařazena do 10. platové třídy, a případná dohoda se zaměstnavatelem ohledně specifikace druhu práce ve smlouvě není možná, adresujte žádost o posouzení na zřizovatele nemocnice nebo odbory či Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Pro zařazení zaměstnance do příslušné platové třídy (všeobecná sestra je katalogem prací, nařízení vlády č. 222/2010 Sb., zařazena do 9.–12. platové třídy) je rozhodující druh práce sjednaný v pracovní smlouvě a v jeho rámci nejnáročnější práce, kterou zaměstnavatel na zaměstnanci vyžaduje. Údaj o druhu práce zaměstnavatel nemůže jednostranně svévolně měnit, vždy musí jít o dohodu – změnu pracovní smlouvy se souhlasem zaměstnance, tedy sestry. Bohužel bývá dost často pravidlem, že vymezení druhu práce ve smlouvě i u sestry bývá dost široké, na-

# Nerovnoměrně rozvržená pracovní doba a práce ve svátek

**Pracuji v domově pro seniory jako kuchařka. Pracovní doba v ranní směně je od 6 do 14.30 a v odpolední od 10.30 do 19 hodin v nepřetržitém provozu. Plán služeb je vypracováván vždy na měsíc, plat máme stanoven fixně. V prosinci 2010 bylo 22 pracovních dnů a jeden svátek (24. 12.) připadající na pátek, který jsem si musela napravit, protože jsem ten den nepracovala. Celkem jsem tedy v prosinci odpracovala 23 dní, tj. 184 hodin. Je to tak v pořádku?**

Váš dotaz se vztahuje k problematice nerovnoměrného rozvržení pracovní doby. Zákoník práce nechává plně na jednostran-

ném rozhodnutí zaměstnavatele, zda pracovní dobu rozvrhne rovnoměrně, či nerovnoměrně. Zaměstnavatel přitom není povinen upřednostňovat rovnoměrné rozvržení pracovní doby před nerovnoměrným.

V popisovaném případě se zaměstnavatel rozhodl rozvrhnout pracovní dobu nerovnoměrně. Nerovnoměrným rozvržením pracovní doby se rozumí situace, kdy je pracovní doba rozvržena nerovnoměrně na jednotlivé týdny. V některých týdnech je pracovní doba kratší, v jiných delší než stanovená týdenní pracovní doba, avšak v rámci tzv. vyrovnávacího období se průměrná týdenní pracovní doba rovná délce stanovené týden-

ní pracovní doby. Toto tzv. vyrovnávací období může zaměstnavatel stanovit nejvýše na dobu 26 pracovních dnů po sobě jdoucích. Jen kolektivní smlouva přitom může toto vyrovnávací období vymezit na delší dobu, nejvýše však na 52 dnů po sobě jdoucích.

## Povinnosti zaměstnavatele

Při nerovnoměrném rozvržení pracovní doby je zaměstnavatel povinen vypracovat písemný rozvrh týdenní pracovní doby a seznámit s ním zaměstnance nej-

později dva týdny před začátkem období, na něž je pracovní doba nerovnoměrně rozvržena, pokud se nedohodne se zaměstnancem na jiné době seznámení. Působí-li u zaměstnavatele odborová organizace, zaměstnavatel mu-



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

sí zavedení opatření týkajících se rozvrhu pracovní doby předem projednat s ní.

## Nárok na mzdové vyrovnání

Ke konkrétnímu dotazu, zda je popsany postup v pořádku, uvádím, že smyslem nerovnoměrného rozvržení pracovní

doby je právě umožnit, aby v některých týdnech zaměstnanec odpracoval kratší než stanovenou týdenní pracovní dobu a v jiných týdnech pracoval déle než stanovenou týdenní pracovní dobu s tím, že v rámci tzv. vyrovnávacího

období se průměrná týdenní pracovní doba rovná stanovené týdenní pracovní době. Pokud jste v loňském prosinci odpracovala 23 pracovních dnů, ač v daném měsíci bylo 22 pracovních dnů, znamená to, že jste pracovala delší než stanovenou týdenní pracovní dobu. Máte proto nárok na to, abyste v průběhu vyrovnávacího období v jiném týdnu pracovala o 1 pracovní den méně, než je stanovená týdenní pracovní doba.

Jestliže by v průběhu tohoto vyrovnávacího období nedošlo k vyrovnání mezi kratší a delší než sjednanou týdenní pracovní dobou a zjistila byste, že jste pracovala delší než týdenní pracovní dobu, ala nedostala jste za tento pracovní den (směnu) zaplacení, doporučuji obrátit se na mzdovou úřednu zaměstnavatele a požádat o doplatek za práci vykonanou nad rámec pracovní smlouvy.

## RECENZE

# Na obezitu a diabetes se skalpelem – lépe než bychom čekali

Publikace „Bariatrická a metabolická chirurgie – Nové postupy v léčbě obezity a metabolických chorob“ představuje vysoce aktuální přehled problematiky týkající se všech, kteří pečují o závažně a extrémně obézní pacienty.

Odhalení (*disclosure*) bývá na konci odborných článků, ale v tomto případě musí přijít už zde: Neplatí mne sice žádná ze společností vyrábějících chirurgické nástroje či vybavení operačních sálů ani neprovozují žádné bariatrické centrum, ale k chirurgické léčbě obezity mám velmi dávný a trochu i sentimentální vztah. Když tehdejší docent Jiří Šonka domluvil v polovině 80. let s tehdy ještě docentkou Marií Peškovou první gastroplastiku a bandáže žaludku, tenkrát samozřejmě pevně a laparotomicky prováděné, nechali mne, lékaře chvíli po první atestaci, sepsat do Časopisu lékařů českých stručné pojednání o indikacích chirurgické léčby obezity, a dokonce mne přibrali za spoluautora článku „Gastroplastika k redukci tělesné hmotnosti“, jednoho z prvních česky psaných sdělení o této problematice. Tuto poctu by si jistě také zasloužil stejně mladý chirurg, který se vypracoval na přímáře 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN, později pracoval v zahraničí a nyní patří k evropským špičkám bariatrické a metabolické chirurgie – přednosta OB kliniky v Praze prof. MUDr. Martin Fried, CSc.

## Daň za aktuálnost

Je tedy jasné, že hlavní autor první české monografie o chirurgické léčbě obezity je dostatečně kvalifikován. To jistě platí i pro dalších 11 spoluautorů (mezi kterými vyniká jméno profesora Nicolò Scopinara), díky nimž kniha značně přesahuje čistě chirurgický pohled. Ze 12 autorů jsou jen tři chirurgové; ostatní zastupují obory anesteziologie, obezitologie, diabetologie, gastroenterologie a endokrinologie. Bohužel daní za aktuálnost (při zřejmě velmi malé inherenci redakce) je dosti značná sborníkovitost, překrývání témat, místy až nepřehlednost. Anestezioložka spotřebovala 10 stran na marný pokus o přehled onemocnění spojených s obezitou, kapitola „Multidisciplinární přístup v indikaci a následné péči“ je zařazena tak nějak doprostřed a její obsah se



zčásti překrývá s jinými kapitoly. O dumping syndromu se více dozvíme v kapitole o výživě po bariatrických operacích než v pojednání o gastroenterologické problematice. Ač v názvu monografie, krčí se metabolická chirurgie téměř na samém konci knihy, daleko za hlavní kapitolou o chirurgii bariatrické. Také zařazení dnes asi nejpobulárnějšího a (právem) nejvíce propagovaného výkonu – plikace velkého zakřivení – až do předposlední kapitoly o nových metodách a přístupech svědčí pro jistou úspěchanost, se kterou byla kniha sestavena. Na druhé straně je nutno ocenit zařazení témat dosud málo (pokud vůbec) zpracovaných: psychologických aspektů bariatrické, ošetrovatelské péče či problematiky těhotenství po bariatrických výkonech.

## Závazná doporučení pro léčbu závažné obezity

V úvodní kapitole o příčinách obezity jsou stručně zmíněny nejen prokázané, ale i možné či jen podezříváné faktory vzniku obezity – virová infekce, nedostatek spánku, polutanty v životním prostředí. Není však uveden vliv kouření žen v těhotenství, respektive kuřáckého prostředí před narozením dítěte na jeho pozdější obezitu. Je opakovaně dříve častý omyl, že

Andrea Prader (syndrom Pradera a Williho) je žena (vzhledem k tomu, že stejná chyba se opakuje i v kapitole jiného autora, sázím spíše na neblahý zásah redakce). Následující kapitola o endokrinní funkci tukové tkáně (a inkretinů zvláště) profesora Martina Haluzíka vychází z jeho před rokem vydané a mnou v této rubrice nedávno vychválené monografie „Inkretinová léčba diabetu“. Z této monografie je převzata i kapitola profesora Štěpána Svačiny o možných mechanismech účinku bariatrické a metabolické chirurgie na metabolická onemocnění (se stejnými nedostatky). Vlajková kapitola „Bariatrická chirurgie“ shrnuje jak historii chirurgické léčby obezity (kde snad chybí jen zmínka o pokusech Lawrence Wilkinsona obalit žaludek pevnou „skořápkou“ a nedovolit mu roztažení), tak základní popis bariatrických výkonů a jejich tradiční dělení na malabsorpční, restriktivní a kombinované, podle mechanismu účinku na příjem potravy a její využití. Zde postrádám informaci o délce biliární a alimentární kličky, což je pro malabsorpční efekt rozhodující. Závěr kapitoly – přehled indikací, kontraindikací, předoperačního vyšetření a pooperační péče – vychází z vícekrát publikovaných mezinárodních (evropských) závazných doporučení pro chirurgickou léčbu závažné obezity, jichž je profesorem Friedem prvním autorem.

## Metabolická chirurgie se vyčleňuje

Kapitolu o anestezii a časné pooperační péči jsem již zmínil. Zatímco poměrně obsáhlý přehled „Patofyziologické změny spojené s obezitou“ je podle mého názoru přebujelý a navíc řadí metabolický syndrom na úroveň respiračního či gastrointestinálního systému, většina této kapitoly je podrobným anesteziologickým návodem, zřejmě dosud jině nezpracovaným. Teprve 14. kapitola jasně vysvětluje podstatu a odlišnost výkonů metabolické chirurgie. Je nutno souhlasit s autorem, že metabolická chirurgie se vyčleňuje,

a to ne snad chirurgickou technikou nebo indikacemi, ale mechanismy účinku, které jsou (alespoň do značné míry) nezávislé na snižování tělesné hmotnosti po operaci. Zatímco tato kapitola je velmi srozumitelná, následující pojednání profesora Scopinara o chirurgickém léčení diabetu u osob s nadváhou a mírnou obezitou tuto srozumitelnost místy postrádá, zejména v pasáži o „maximální denní kapacitě absorpce energie, odpovídající hmotnosti pacienta“. Navíc by mělo být naprotou samozřejmostí převedení jednotek na u nás zavedené – to se týká jak glykemie, tak glykovaného hemoglobinu, který je zřejmě uváděn dle DCCT, nikoli podle u nás používaného standardu IFCC.

## Informace užitečné napříč obory

Text by si na některých místech zasloužil razantnější použití tlačítka „Delete“, větší pozornost věnovanou rejstříku a zkratkám (nemá smysl uvést zkratku za pojmem poprvé a naposledy, když už se s ní dále nepracuje). Léčivá látka (a léčivý přípravek) se jmenuje ondansetron, nikoli „odanset-

ron“. Sekerece a biliopankretická klička byly vneseny z jiné publikace vydavatelství. Nadpis „Pedoperační lačnění“ je špatně i v obsahu, ale v rejstříku je správně. Z jiného soudku je výraz dietování – vyhledavač Google honabízí více než 7000x, ale je otázka, zda jej musíme zanašet do odborné literatury. Ostudné je přehlédnutí výrazu „potencionální“ [riziko pádu]. Za vážnější problém ale považuji stále přetrvávající (naštěstí ne ve všech kapitolách) výraz „morbidní obezita“, který v českém odborném názvosloví nemá žádnou definici (nejspíše odpovídá obezitě 3. stupně, ale vůbec není jasné, kdy to tak autoři myslí) a vůči nemocným jej považují za eticky neúnosný.

„Bariatrická a metabolická chirurgie“ ovšem celkově představuje vysoce aktuální přehled problematiky týkající se všech, kteří pečují o závažně a extrémně obézní pacienty. Těch je v naší dospělě populaci „necelých“ 10 %, což však představuje zhruba stejné množství jako všech diabetiků! I když indikace bariatrických/metabolických výkonů zůstane obezitologům, specializovaným psychologům a samozřejmě chirurgům, znalost této problematiky je potřebná pro mnoho dalších odborností. Z předložené monografie ji lze získat docela snadno.

MUDr. Petr Sucharda, CSc.  
3. interní klinika 1. LF UK a VFN

## NOVÉ KNIHY

Ctirad John, František Houdek  
**Vivisectio mundi  
aneb povídání  
o věcech obyčejných  
i nevděných**



Rozsah:  
230 stran  
Cena: 290 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7262-690-8  
Vydavatel:  
Galén

Většinu textu této knihy tvoří dialog, tedy forma, kterou si oblíbili staří učenci (Platón, Sokrates, Galileo a další). Jde o upřímný, někdy až neúprosný slovní ping-pong dvou vzdělanců, z nichž jeden se stylizuje spíše do role ne-

rudného pesimisty a druhý, o generaci starší, zůstává sám sebou, tedy laskavým optimistou. „Pan profesor se v mých očích hodně blíží ideálu člověka chytrého, moudrého i hodného zároven. Díky této vzácné konjunkci osobních vlastností disponuje humanismem nadobycí zažitým, rozvinutým hlubokými životními zkušenostmi – a to nejen těmi dobrými. Povídat si s ním pro mě bylo nesmírně poučné i povzbuzující“, říká o Ctiradu Johnovi jeho „zpovědník“ František Houdek. Tito dva lidští antipodi se baví o učení, vědě, medicíně, kariéře, ale i o lásce, cti, odpovědnosti nebo stáří a smrti a samozřejmě také o společnosti. Své názory ilustrují množstvím příkladů ze života i z literatury.

# Zajímavé www stránky

## – rakovina děložního čípku II

Minule jsme vybírali články a webové portály, které se zaměřují na přehled epidemiologie, diagnostiky a terapie rakoviny děložního čípku. Dnes představíme některé články, kde dominují témata jako prevence, screening a samozřejmě očkování proti HPV.

### European Cervical Cancer Association

[www.ecca.info/cs](http://www.ecca.info/cs)

Hned na úvodní stránce tohoto portálu se uvádí, že na celém území Evropy je karcinom děložního čípku každý rok zjištěn u 60 tisíc žen a 30 tisíc z nich na toto onemocnění umírá. V libovolném časovém okamžiku žije 225 tisíc žen s karcinomem děložního čípku (ať už se léčí nebo ne). Všem těmto onemocněním a úmrtím jakož i velké většině případů karcinomu děložního čípku v Evropě by bylo možno předejít zavedením screeningových a očkovacích programů. Hlavním úkolem Evropské asociace pro prevenci karcinomu děložního čípku (ECCA), na jejíž internetové stránky upozorňujeme, je zvýšit informovanost o karcinomu děložního čípku



a o tom, co můžete udělat pro jeho prevenci. ECCA je tvořena velkou sítí organizací a jednotlivců z celé Evropy, kteří spojili své síly, aby shromáždili a distribuovali informace založené na důkazech o příčinách rakoviny děložního čípku a významu organizovaných programů zaměřených na prevenci tohoto onemocnění.

### Prophylactic HPV vaccines: current knowledge of impact on gynecological premalignancies

[www.discoverymedicine.com/Diane-M-Harper/2010/07/03/prophylactic-hpv-vaccines-current-knowledge-of-impact-on-gynecological-premalignancies/](http://www.discoverymedicine.com/Diane-M-Harper/2010/07/03/prophylactic-hpv-vaccines-current-knowledge-of-impact-on-gynecological-premalignancies/)  
Portál Discovery Medicine zveřejnil v roce 2010 text autorky Diane Harperové a Karen Williamso-

vé z Missourijské univerzity, který shrnuje současné znalosti o účinnosti vakcinace na gynekologické premalignní stavy. Autorky v úvodu svého článku uvádějí, že přístupy k prevenci karcinomu děložního čípku se mění, screening však stále zůstává neúčinnější metodou. Velká část článku se však věnuje očkování, jeho účinnosti a vlivu na cytologické nálezy.

### Human papillomavirus-related disease in men: not just a women's issue

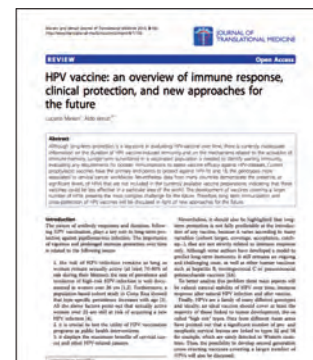
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2871537/pdf/nihms180665.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2871537/pdf/nihms180665.pdf)  
Tento článek byl publikován v roce 2010 v Journal of Adolescent Health, jeho autor Joel Palefsky působí na Kalifornské univerzitě v San Francisku. Ačkoli se text zabývá také problematikou infekce HPV, popisuje ji z trochu jiného



úhlu pohledu. Jde o vztah infekce HPV k mužskému pohlaví. Náklada tímto virem je u mužů spojována s různými nádory včetně rakoviny konečníku, penisu či ústní dutiny. Výskyt karcinomů rekta a dutiny ústní roste zejména ve skupině mužů s imunodeficitem (např. v souvislosti s infekcí HIV). Penilní HPV infekce je zase relativně běžná i u heterosexuálních mužů v různých věkových kategoriích. Autor se v článku zaměřil na možnou účinnost vakcinace mužů v prevenci genitálních lézí, její význam je posuzován i ve světle předpokládaných nákladů.

### HPV vaccine: an overview of immune response, clinical protection, and new approaches for the future

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988719/pdf/1479-5876-8-105.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988719/pdf/1479-5876-8-105.pdf)  
Za autory tohoto článku bychom se museli vydat do Národního onkologického ústavu Regina Elena v italském Římě. Luciano Mariani a Aldo Venuti přehledně popisují odpověď imunitního systému na vakcinaci proti HPV a její klinický dopad. Ačkoli je hlavním cílem očkování dlouhodobá ochrana, nemáme v současné době dostatek

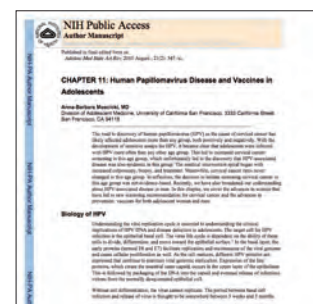
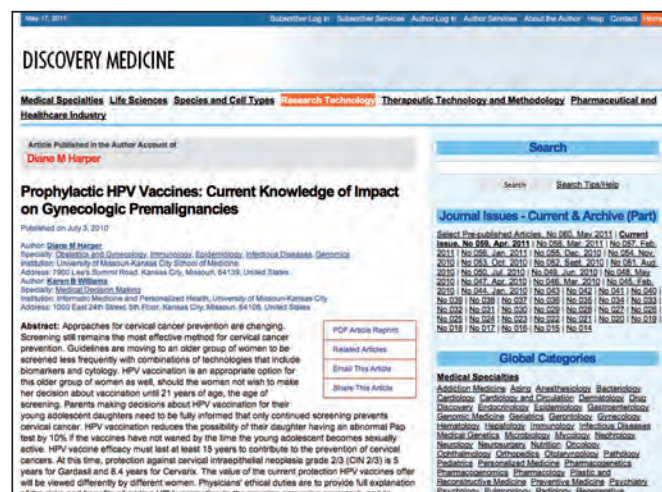


informace o trvání vakcinací indukované imunity. Teprve dlouhodobá sledování očkovanych osob přinesou podklady pro doporučení případných revakcinací (posilovacích očkování).

### Human papillomavirus disease and vaccines in adolescents

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057670/pdf/nihms-277745.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057670/pdf/nihms-277745.pdf)  
Toto review se zabývá bližším popisem cost/benefit screeningu karcinomu děložního čípku u adolescentek. Za optimální věk pro zahájení screeningu autorky článku považují 21 let. Výjimkou mohou být dívky s imunitním deficitem. Autorky shrnují nejnovější poznatky o screeningu a preventivních opatřeních včetně očkování u této mladé populace.

MUDr. Michal Pelíšek



## ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

[www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)  
Číslo 11/2011, ročník 16

### Šéfredaktorka

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

### Redakce

Olga Pavlíková, DIS. (Z domova, on-line)  
tel. 225 276 374, e-mail: pavlikova@mzf.cz  
Bc. Michaela Svobodová (on-line, Z domova)  
tel. 225 276 176, e-mail: svobodovam@mzf.cz  
Petra Klusáková, DIS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mzf.cz  
Květa Havlová, DIS. (Téma, Zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mzf.cz  
PaedDr. Jaroslava Sladká (Aktuality, kongresy)  
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mzf.cz  
Mgr. Martin Cermák (Představujeme)  
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mzf.cz  
MUDr. Andrea Skalová (Lékařské listy)  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mzf.cz  
PhDr. Jana Jilková (Pacientské listy)  
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mzf.cz

### Spolupracovní redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Caban,  
Martin Ježek, Eva Pavlatová,  
Vladimír Bohatová, Běla Nedorostová

### Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

### Grafika a technické zpracování

BcA. Pavla Ortová  
tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mzf.cz

### Redakční rada Lékařských listů ZFN

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
prof. 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 Poledník, CSc.  
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtíšková

### INZERCE

fax 225 276 444  
group sales manager Ing. Lenka Mihulková  
tel. 602 710 477, 225 276 427  
e-mail: mihulkova@mzf.cz  
sales manager  
Věra Doleželová  
tel. 725 309 873, 225 276 359  
e-mail: dolezelova@mzf.cz  
MUDr. Martina Pumlová  
tel. 725 425 023, 225 276 248  
e-mail: pumlova@mzf.cz  
personální inzerce Jiřina Hollá  
tel. 724 561 805, 225 276 393  
e-mail: holla@mzf.cz  
webová inzerce Andrea Metelková  
tel. 725 773 027  
e-mail: metelkova@mzf.cz

### generální reditel

Ing. David Hurta

### kreativní reditel

René Decastello

### ředitel divize Medical Services

Ing. Petr Němec

### art director

Petr Honzátko

### VÝROBA

retuš Milan Kubíčka, Daniel Procházka,  
Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

### MARKETING A DISTRIBUCE

ředitelka marketingu novin a časopisů  
Hana Holková  
brand manager Ing. Hana Matejíčková  
vedoucí výroby a distribuce Soňa Starhová  
manažerka předplatného Zuzana Hrušková,  
tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mzf.cz

Vydává Mladá fronta, s. a.,  
sidlo: 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@mzf.cz

### DISTRIBUCE

Předplatné pro Českou republiku využívaje:  
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9  
tel. 800 300 302, e-mail:  
predplatne.mf@cpost.cz  
www.periodik.cz  
Cena ročního předplatného je 590 Kč.

Objednávky do zahraničí:  
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,  
Videnská 995/63, 639 63 Brno  
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:  
MediaPrint Kapa Pressegrasso, s. a.,  
oddělení inef formy predaja, P. O. Box 183  
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3  
tel. +421 244 458 821  
fax +421 244 458 819

e-mail: predplatne@abompkapa.sk  
Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje. Doporučená cena 28 Kč / 1 € / 30 Sk  
Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.  
Tisk Europrint, s. a.  
Číslo dáno do tisku 26. 5. 2011  
Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.  
Tisťárny náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011  
Evidenční číslo MK ČR: E 15722  
ISSN 0044-1996

## Výběrová řízení

### Primář chirurgického oddělení

**ŘEDITEL OBLASTNÍ NEMOCNICE KOLÍN, A. S.**, vypisuje výběrové řízení na funkci:  
 ■ **primář chirurgického oddělení**

Požadavky:  
 minimálně 10 let praxe v příslušném oboru, atestace II. stupně v oboru nebo specializační způsobilost, licence ČLK pro výkon primáře, organizační a řídicí schopnosti, morální a občanská bezúhonnost (ve smyslu zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění).

K vlastnoručně podepsané přihlášce je nutné doložit: strukturovaný životopis, osobní dotazník, ověřené fotokopie dokladů o vzdělání, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců).

Přihlášky zasílejte do 17. června 2011 na adresu: Oblastní nemocnice Kolín, a. s., Sekretariát ředitele Žižkova 146 280 00 Kolín III

ZDN A111009999

### Zástupce přednosta

**ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE** vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce  
 ■ **zdravotnický zástupce přednosta (primář) pro Kardiologickou kliniku 2. LF UK a FN Motol.**

Požadavky:  
 specializovaná způsobilost v oboru kardiologie, 10 let praxe v oboru, organizační a řídicí schopnosti, aktivní znalost alespoň jednoho světového jazyka, dobrá uživatelská znalost PC (MS Office, UNIS), orientace v ekonomice zdravotnictví.

K přihlášce doložit: životopis s přehledem dosavadní praxe, kopie dokladů o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestů, lustrační osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb., čestné prohlášení ve smyslu § 4 odst. 3 zákona č. 451/1991 Sb., doklad o členství v ČLK, doklad o zdravotní způsobilosti a dvě reference od odborných ručitelů. Přihlášky zašlete v obálce s označením „Výběrové řízení“ do 30. 6. 2011 na sekretariát personální náměstkyně FN v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5.

ZDN A111009994

### Lékař

**PŘEDNOSTA KLINIKY NEFROLOGIE TRANSPLANTCENTRA IKEM** vypisuje výběrové řízení na pozici:  
 ■ **lékař**

Požadujeme:  
 aktivní znalost AJ slovem i písmem, zájem o imunologii, uživatelskou znalost práce s PC. Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte

na sekretariát KN TC IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, e-mail: simona.ptackova@ikem.cz, do 3 týdnů od zveřejnění inzerátu.

ZDN A111009816

### Vedoucí lékař

**ŘEDITELKA NEMOCNICE BŘECLAV, P. O.**, vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:  
 ■ **vedoucí lékař gastroenterologické ambulance**

Kvalifikační předpoklady: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb. v oboru gastroenterologie, 8 let praxe v oboru, morální a občanská bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

Součástí přihlášky: stručný životopis s údaji o dosažené praxi, vyplněný osobní dotazník, ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání, doklad o zdravotní způsobilosti, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců), čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení, písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení.

Písemné přihlášky k výběrovému řízení zasílejte do 3 týdnů od zveřejnění na adresu: Nemocnice Břeclav, p. o., sekretariát ředitele, U Nemocnice 1, 690 74 Břeclav,

s označením „výběrové řízení – gastro ambulance“.

ZDN A111009819

### Primář/primářka

**ŘEDITELKA DĚTSKÉ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY OPAŘANY** vypisuje výběrové řízení na pozici:  
 ■ **primář/ka oddělení mladšího školního věku**  
 ■ **primář/ka oddělení staršího školního a dorostového věku**

Zvýhodněné platové podmínky. Bližší informace na www.dplopary.cz

ZDN A111009822

### Primář – ARO

**ŘEDITEL LITOMYŠLSKÉ NEMOCNICE, A. S.**, vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:  
 ■ **primář anesteziologicko-resuscitačního oddělení**

Kvalifikační předpoklady: VŠ vzdělání lékařského směru, 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, morální, komunikační a řídicí schopnosti. Písemné přihlášky spolu se strukturovaným profesním životopisem, ověřenými kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání, dokladem o zdravotní způsobilosti, výpisem z rejstříku trestu (ne starším 3 měsíců), čestným prohlášením uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení, a písemným souhlasem s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení zasílejte do 4 týdnů po zveřejnění na adresu: Litomyšlská nemocnice, a. s., personální oddělení – p. I. Bartošová, J. E. Purkyně 652, 570 01 Litomyšl.

ZDN A111009505

### Primář dětského oddělení

**ŘEDITEL VSETÍNSKÉ NEMOCNICE, A. S.**, vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:  
 ■ **primář dětského oddělení**

Požadavky:  
 specializovaná způsobilost v oboru,

licence ČLK pro výkon funkce primáře, bezúhonnost a zdravotní způsobilost, manažerské a morální předpoklady.

Nabízíme:  
 odpovídající mzdové ohodnocení, možnost ubytování, penzijní připojištění, týden dovolené navíc, zvýhodněné stravování, pracovní pozici v akreditované a certifikované nemocnici.

Přihláška uchazeče musí obsahovat: profesní životopis (strukturovaný), představu o způsobu, stylu a formě výkonu funkce (maximálně dvě strany formátu A 4). Přihlášky se přijímají do 15. 6. 2011 na adrese: Vsetínská nemocnice, a. s., odbor řízení lidských zdrojů, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. Případně e-mailem: pavlica.m@nemocnice-vs.cz. Informace na tel. 571 818 130 – vedoucí odboru řízení lidských zdrojů. Termín osobních pohovorů bude uchazečům upřesněn.

ZDN A111009342

## Volná místa

### Mikrobiolog

**SOTIO, A. S., SE ZABÝVÁ VÝZKUMNOU ČINNOSTÍ V OBLASTI BIOTECHNOLIE** s cílem aplikace výzkumu do výroby a praxe. Pro pracoviště v Praze-Holešovicích hledáme vhodné kandidáty na pozici: laborant/laborantka – mikrobiolog

Požadujeme:  
 SŠ/VŠ (Bc.) vzdělání v příslušném oboru, svědomitost, spolehlivost, časovou flexibilitu, zdravotní způsobilost včetně ukončeného očkování proti žlutence typu B a testování protilátek na žloutenku typu B a C, bezúhonnost (výpis z rejstříku trestů bez záznamu), znalost anglického jazyka. Předchozí praxe (minimálně 2 roky) nutná!

Nabízíme:  
 zajímavé ohodnocení, práci na perspektivním biomedicínském projektu,

## PERSONÁLNÍ INZERCE



je přijímána na adrese:  
 Zdravotnické noviny  
 Mladá fronta a. s.  
 Mezi Vodami 1952/9  
 143 00 Praha 4 – Modřany

Jiřina Hollá  
 e-mail: holla@mf.cz  
 tel.: 724 561 805



zcela nové pracoviště vybavené nejmodernějšími technologiemi, přátelský kolektiv.  
Nástup možný ihned  
Životopisy spolu s motivačním dopisem prosím zasílejte na e-mail: sterbovaj@otio.com

ZDN A111009989

## Lékař/lékařka

### INSTITUT ONKOLOGIE A REHABILITACE

**NA PLEŠI, S. R. O.,**  
přijme do pracovního poměru lékaře na oddělení onkologie.

Požadujeme specializovanou způsobilost v oboru nebo přípravu na ni, zdravotní způsobilost, bezúhonnost, znalost práce na PC.

Nabízíme nadstandardní platové podmínky, mladý kolektiv, možnost kontinuálního vzdělávání včetně účasti na tuzemských i zahraničních odborných akcích, ubytování v areálu institutu, eventuálně byt.

Písemné nabídky s CV zasílejte na e-mail: personalni@institut-ples.cz

ZDN A111009928

## Lékař a zástupce primáře

**NEMOCNICE VYŠKOV, P. O.,**  
přijme do pracovního poměru:  
■ lékař/ka na chirurgické oddělení

■ zástupce primáře na gynekologicko-porodnické odd.

Požadujeme: lékaře s atestací, odbornou způsobilost k výkonu povolání lékaře v ČR, zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., licenci pro výkon lékaře.

Nabízíme: platové podmínky podle odborné způsobilosti a délky praxe, smluvní plat 14. plat. třída, nástup po dohodě.

Informace pro gynekologii: e-mail: eim@nemvy.cz, tel.: 517 315 320.  
Informace pro chirurgii: e-mail: kubacak@nemvy.cz, tel.: 517 315 270.

ZDN A111009828

## Lékař

**MÁTE ZÁJEM VĚNOVAT SE PREVENTIVNÍ MEDICÍNĚ?**  
Hledáte odborně zajímavou a perspektivní práci v ambulantním provozu? Kardia, s. r. o., NZZ se zaměřením na pracovně lékařskou péči nabízí volné pracovní místo v lokalitě

Brno – částečný úvazek, vhodné i pro absolventy. Požadujeme zájem o preventivní medicínu, klientský přístup a spolehlivost.

Nabízíme odbornou podporu a vzdělávání, nadstandardní finanční ohodnocení, zajímavou a smysluplnou práci v ambulantním provozu.

V případě zájmu zašlete prosím svůj životopis na e-mail: jobs@kardia.cz, případně kontaktujte Mgr. Škrampalovou na tel. 272 084 463 nebo 724 535 282. Poskytnutím svých osobních údajů zahrnutých do životopisu dává odesílatel souhlas k jejich zpracování a uchování v plném rozsahu v personální databázi společnosti Kardia, s. r. o., IČO 49356925, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., a to na dobu do písemného odvolání tohoto souhlasu.

ZDN A111009831

## Patolog/patoložka – Německo

**PRO NAŠI LABORATOR  
PATOLOGIE V BAYREUTHU  
S 12 ZAMĚSTNANCI,**  
hledáme lékaře patologa/patoložku se specializovanou způsobilostí v oboru.

Nabízíme zaměstnanecký poměr s velmi dobrým platovým ohodnocením a vynikajícími pracovními podmínkami.  
MVZ Dr. Staber & Kollegen GmbH, Wilhelm-Pietz Str. 1, 95448 Bayreuth  
www.staber-kollegen.de

V případě zájmu pište prosím německy na e-mail: f.staber@staber-kollegen.de

ZDN A111009844

## Praktický lékař

**NZZ V PRAZE 7 PŘIJME PRAKTICKÉHO LÉKAŘE/KU PRO DOSPĚLÉ**  
do zavedené ambulance, možno i na zkrácený úvazek.

Požadujeme atestaci z VL, samost. licence není nutná, garance 2 dalších PL.  
Nástup ihned či dle dohody.  
Tel.: 283 022 141 dop.

ZDN A111009837

## Lékař/lékařka

**KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S.,**  
přijme lékaře/lékařku na nově vybudovanou multioborovou JIP chirurgických oborů.

Požadujeme:  
VŠ vzdělání lékařského směru, specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a resuscitace nebo intenzivní medicína (případně předpoklad ukončení specializační přípravy do 1 roku), schopnost týmové práce, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:  
nadstandardní smluvní plat podle dosaženého vzdělání a praxe, profesní růst, dodatkovou dovolenou, možnost ubytování, zaměstnanecké benefity – příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní nebo životní pojištění, příjemné pracovní prostředí. Nástup možný ihned.

Kontakt: prim. MUDr. Miroslav Baader, e-mail: miroslav.baader@nemlib.cz  
Chirurgické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a. s., Husova 10, 460 63 Liberec 1

ZDN A111009841

## Více pozic

**DĚTSKÁ PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA OPAŘANY**  
přijme do pracovního poměru:

■ vedoucího lékaře/lékařku se specializací z dětské a dorostové psychiatrie nebo psychiatrie

■ vedoucího klinického psychologa/psycholožku s kvalifikační atestací podle zákona č. 96/2004 Sb.

Zvýhodněné platové podmínky.

Bližší informace na www.dploparany.cz

ZDN A111009825

## Lékař/lékařka

**SOUKROMÁ ORL AMBULANCE V PLZNI**  
přijme lékaře nebo lékařku na celý nebo i částečný úvazek.  
Tel. 605 261 142, po 18. hod.

ZDN A111009860

## Pediatr

**OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA, O. P. S.,**  
Nestátní zdravotnické zařízení s dlouhou historií péče o děti v Říčanech, hledá do týmu odborníků na plný i zkrácený úvazek lékaře v oboru pediatrie.

Požadujeme: Odpovídající vzdělání, atestaci v oboru pediatrie, alergologie,

pneumologie, rehabilitace. Schopnost vedení kolegů i nižšího zdravotnického personálu, praxe výhodou. Koncepční myšlení a schopnost pracovat na vizi odborného rozvoje a výzkumných projektů. Aktivní a vstřícné jednání vůči pacientům, klientům a personálu dětské léčebny. Schopnost komunikace s vedením neziskové organizace, přičemž znalost problematiky NNO je výhodou. Morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme: odpovídající ohodnocení, možnost dalšího vzdělávání ve spolupráci s univerzitními pracovišti, tvůrčí tým spolupracovníků s vizí odborného rozvoje, překrásné prostředí blízko Prahy. Možnost jednání o ubytování.

Informace: Mgr. Zdeňka Provažníková, ředitelka  
Olivovy dětské léčebny, o. p. s., tel.: 736 754 333, e-mail: reditel@olivovna.cz

ZDN A111009847

## Fyzioterapeut/ka

**OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA, O. P. S.,**

hledá fyzioterapeuta/fyzioterapeutku do týmu.

Poskytuje se individuální i skupinová terapie dětí od 1 roku do 18 let. Indikace: respirační choroby všeho druhu, poruchy pohybového ústrojí a obezita dětí a mladistvých.

Požadujeme:  
Vzdělání vyšší odborné či vysokoškolské, zkušenosti a praxe výhodou. Kurzy speciálních metod rehabilitace dětí s DMO a LHM výhodou. Zaujetí pro práci a zájem o další vzdělávání, komunikační schopnosti a bezúhonnost samozřejmou podmínkou.

Nabízíme: odpovídající ohodnocení, krásné prostředí blízko Prahy, pracoviště s kontakty na Klinikou dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Možnost jednání o ubytování.

Informace: Mgr. Zdeňka Provažníková, ředitelka  
Olivovy dětské léčebny, o. p. s., tel.: 736 754 333, e-mail: reditel@olivovna.cz

ZDN A111009855

## Falkenstein-Klinik Bad Schandau Sächsische Schweiz/Dresden

Die Falkenstein-Klinik verfügt über 236 Betten und führt Reha-Maßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen (AHB) für die Rentenversicherungsträger und für die gesetzlichen und privaten Krankenkassen durch. Schwerpunkt ist die Behandlung von gastroenterologischen, diabetologischen, kardiologischen und onkologischen Erkrankungen. Die Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen der Falkenstein-Klinik ist neben ihrem gastroenterologischen/hepatologischen Schwerpunkt als Behandlungs- und Schulungszentrum Stufe II für Typ 1 und Typ 2 Diabetiker durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft anerkannt.

Gesucht wird für die Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie für die kardiologische Abteilung zum nächstmöglichen Zeitpunkt jeweils eine/ein

## Stationsärztin/Stationsarzt

Die Falkenstein-Klinik verfügt über ein eigenes Labor, Röntgen, Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. Ein Überwachungszimmer steht ebenso zur Verfügung wie eine umfangreiche kardiologische Funktionsdiagnostik mit Spiroergometrie, Stressechokardiographie, TTE, TEE, Rechtsherzkatheter, Belastungs-EKG, 24-Stunden-EKG, Herzschrittmacherkontrolle, Spiroergometrie, Langzeitblutdruckmessung sowie Dopplersonographie und Farbduplex-Sonographie. Das Angebot umfasst eine frei zu vereinbarende, übertarifliche Dotierung. Bad Schandau liegt in reizvoller Lage in der Sächsischen Schweiz, ca. 40 km von Dresden entfernt, unmittelbar an der Elbe und der tschechischen Grenze.

## Innere Medizin - Kardiologie

Die beiden Chefärzte sind für 1,5 Jahre zur Weiterbildung in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin und für je 1 Jahr in der Kardiologie, Diabetologie, Gastroenterologie und Sozialmedizin ermächtigt. Es erwartet Sie eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem erfahrenen Team mit einem Facharztanteil von annähernd 70 Prozent.

Nähere Auskünfte erhalten Sie über den Chefarzt der Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen, Herrn PD Dr. med. Häntzschel sowie den Chefarzt der Abteilung für Kardiologie, Herrn Dr. med. Bischoff, unter der Nummer 0049 35022/45-821. Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an die

Falkenstein-Klinik – Ostrauer Ring 35 – D-01814 Bad Schandau

**Lékaři**

**NEMOCNICE KYJOV**  
přijme lékaře pro obor:

- urologie
- ortopedie
- anestezie a resuscitace
- neurologie

Bližší informace :

p. Patočková, tel. : 518  
601 211, 606 777 136  
nebo e-mail:

michaela.patockova@nemkyj.cz  
ZDN A111009078

**Farmaceut**

**SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.,**  
přijme farmaceuta  
s odbornou způsobilostí  
dle zák. č. 95/2004 Sb.  
Praxe vítána.

Nabízíme podporu dalšího  
vzdělávání v oboru.

Bližší informace  
p. Hromádková, tel. : 461 569 313.

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

ZDN A111009580

**Lékař a psycholog**

**SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.,**  
přijme  
■ lékaře na psychiatrické  
oddělení

Možnost získání služebního  
bytu. Nabízíme podporu  
dalšího vzdělávání v oboru.

- klinického psychologa  
– praxe vítána

Bližší informace: prim. MUDr.  
Kovářová, tel. : 461 569 341,  
e-mail: kovarova@nemsy.cz  
Písemné nabídky doplněné  
profesním životopisem  
zasílejte na adresu:  
Svitavská nemocnice, a. s.,  
ředitelství,  
Kollárova 643/7,  
568 25 Svitavy.

ZDN A111009575

**Sekundární lékař/lékařka**

**FAKULTNÍ NEMOCNICE  
V MOTOLE, V ÚVALU  
84, 150 06 PRAHA 5,**  
přijme sekundárního  
lékaře/ku pro Klinikou dětské  
neurologie 2. LF UK.  
Požadavky:

atestace z neurologie,  
případně z pediatrie.  
Písemné nabídky s CV zasílejte  
do 30. 6. 2011 na e-mail:  
alena.skrabankova@fnmotol.cz,  
tel. : 22443 3301.

ZDN A11100941

**Praktický lékař**

**ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ  
MINISTERSTVA VNITRA**  
přijme ihned praktického lékaře  
pro ordinaci v Hradci Králové.

Finanční ohodnocení odpovídá  
zařazení do platové třídy 14.  
Požadujeme VŠ a specializovanou  
způsobilost v oboru.

Bližší informace podá  
MUDr. Šopák, tel. 724 006 426.  
Nabídku zašlete s životopisem  
a tel. spojením na e-mail:  
ozz.hk@zzmv.cz.

ZDN A111009319

**Sekundární lékař**

**KLINIKA ANESTEZIOLOGIE  
A RESUSCITACE,  
KARDIOCENTRUM IKEM,**  
přijme sekundárního  
lékaře s minimální praxí  
3 roky v oboru A+R.

Vítán zájem o kardioanestezií  
a intenzivní péči,  
o kardiokirurgické pacienty  
a o echokardiografii.

Písemné přihlášky zasílejte  
na sekretariát KAR IKEM,  
Václavská 1958/9, 140 21 Praha 4  
nebo e-mail: rora@ikem.cz.

ZDN A111010079

**Různé****Lékařské praxe**

**ODKOUPIME ZA VÝHODNÝCH  
PODMÍNEK LÉKAŘSKÉ PRAXE**  
různých odborností po celé ČR,  
zejména v Praze a okolí.

Kontakt: tel. : 775 495 350,  
e-mail: info@lekari-praha.cz

ZDN A111007109

**Ordinace**

**NABÍZÍME PRONÁJEM TŘÍ  
LÉKAŘSKÝCH ORDINACÍ  
POD MOTOLSKOU  
NEMOCNICÍ V PRAZE 5.**  
Bližší info na tel. 605 289 069,  
PharmDr. Peřina.

ZDN A111010076

**Ortopedická ambulance**

**ODPRODÁM  
DOBŘE ZAVEDENOU  
ORTOPEDICKOU AMBULANCI**  
s nadregionální působností,  
s ambulancí operativou.  
Včetně nebo bez nemovitosti  
– město Tanvald.  
Kontakt: e-mail:  
mudr.pavel.sir@tiscali.cz  
ZDN A111010002

**Ordinace**

**POLIKLINIKA V PRAZE 6  
NABÍZÍ K PRONÁJMU ORDINACE**  
lékařům nejlépe  
těchto odborností:  
PL, dětský lékař,  
neurologie, gynekologie,  
diabetologie, psychiatrie,  
endokrinologie, kardiologie.  
Kontakty: tel: 220 518 080,  
e-mail: medical@comitia.cz  
ZDN A111007089

**Ultrazvuk**

**PRODÁM UZ PŘÍSTROJ  
FUKUDA – TELLUS  
– UF750XT,**  
vag. i abd. sonda,  
5 let starý, výborný stav.  
Tel.: 244 464 192, 607 749 206.  
ZDN A111007772

Inzerce A111009582

NEUROLOGISCHES  
THERAPIEZENTRUM | GMUNDNERBERG  
ALTMÜNSTER

Am Gmundnerberg oberhalb von Altmünster, in wunderschöner Lage am Traunsee und inmitten des zauberhaften Salzkammerguts mit seinen Bergen und Seen, wurde eine neurologische Rehabilitationsklinik errichtet und im August 2010 eröffnet. Das 156 Bettenhaus wird von der VAMED geführt, einem der führenden internationalen Unternehmen im Gesundheitswesen, welches sich mit neuen und innovativen Wegen die Marktführerschaft sichert. Menschen mit Naturverbundenheit, Sportler und auch Kulturgenießer können hier einen Arbeitsplatz zum Wohlfühlen finden.

**Facharzt für Neurologie (w/m)****Ihre Herausforderung:**

- Durchführung aller fachärztlichen neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen bzw. von medizinischer Anamnese, Status, Diagnose und Definition des Therapieziels
- Patientenbetreuung in den Rehabilitationsphasen C und D
- Verantwortung in der primären und sekundären Patientenversorgung (neurophysiologische Diagnostik, Intervention und Monitoring)
- Supervision der neurologischen und neuropsychologischen Diagnostik und Therapie
- Mitarbeit und Eigeninitiative beim Aufbau einer Rehabilitationsklinik

**Ihr Profil:**

- Eine abgeschlossene Ausbildung als Facharzt (w/m) für Neurologie
- Interesse und Erfahrung in der neurologischen und neuropsychologischen Rehabilitation
- Interesse für die Bereiche Gesundheitsvorsorge und Prävention
- Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- Ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein und hohe berufliche und soziale Kompetenz
- Persönlichkeit mit ausgeprägter Teamfähigkeit und kollegialem Verhalten

Ihr Dienstort: Altmünster am Traunsee

**Unser Angebot:**

- Gestalten Sie mit uns die neue Rehabilitationsklinik
- Fort- und Weiterbildungen
- Dienstbeginn ehest
- Rahmenbedingungen eines international erfolgreichen Konzerns

Interessiert? Dann freuen wir uns, Sie kennen zu lernen.

Neurologisches Therapiezentrum Gmundnerberg  
Frau Heidi Hufnagl  
Gmundnerberg 82, A-4813 Altmünster  
Telefon: +43 (0) 7612 88000  
Mail: heidi.hufnagl@ntgb.at

Nehmen Sie an unserem Erfolg teil!



Dr. Becker  Klinikgruppe

## Pracovní místa pro lékaře se zajištěnou budoucností na německých rehabilitačních klinikách!

Pro naše kliniky hledáme angažované a motivované

### **lékařky / lékaře a odborné lékařky / lékaře**

také např. z oborů anestezie, chirurgie, interní lékařství, psychiatrie, urologie, gynekologie  
nebo ORL.

<http://www.dr-becker-karriere.de/en>

## Zukunftssichere Arbeitsplätze für Mediziner in deutschen Rehabilitationskliniken!

Für unsere Kliniken suchen wir engagierte und motivierte

### **Ärztinnen / Ärzte und Fachärztinnen / Fachärzte**

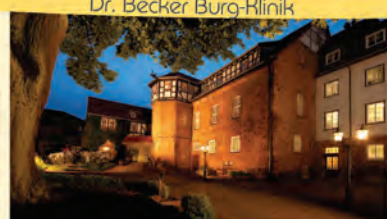
gerne auch aus Bereichen wie der Anästhesie, Chirurgie, Inneren Medizin, Psychiatrie,  
Urologie, Gynäkologie oder der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

<http://www.dr-becker-karriere.de/>

Dr. Becker Brunnen-Klinik



Dr. Becker Burg-Klinik



Dr. Becker Heinrich Mann Klinik



Dr. Becker Klinik Juliana



Dr. Becker Kiliani-Klinik



Dr. Becker Klinik Möhnersee



Dr. Becker Neurozentrum Niederrachen



Dr. Becker Klinik Norddeich



Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik

Dr. Becker  Klinikgruppe

Frau Borsum • Parkstraße 10 • D-50968 Köln (Marienburg)

Tel. 00 49 22 1 / 93 46 47-64 • [info@dbkg.de](mailto:info@dbkg.de) • [www.dr-becker-karriere.de](http://www.dr-becker-karriere.de)

Anzeigencode (kód inzerátu) KIn5

*MAZDA. ODVÁŽNĚ JINÁ.*



zoom-zoom  
zoom-zoom  
zoom-zoom



# DOKONALE ZVLÁDNUTÉ ŘEMESLO SE PLATILO ZLATEM. TEĎ UŽ NEMUSÍ.

Co se může naučit výrobce automobilů od tvůrců tradičních japonských mečů? Přece dokonalé zvládnutí řemesla. Stejně jako tradiční řemeslná dovednost „Takumi“ je i výroba aut věcí umu a citlivého přístupu ke každému detailu.

Japonští mistři si předávali své zkušenosti z generace na generaci. Každý skutečný mistr přece vždy usiluje o rozvoj svých dovedností. A stejně tak se zdokonalují zaměstnanci Mazdy. Sledujte celý příběh na [mazda.cz/pribehy](http://mazda.cz/pribehy).

Mazda se v celé své historii vzpírala 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.

<i><b>MAZDA3</b></i>	<b>zvýhodnění</b>	<b>cena</b>
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 CO<sub>2</sub> 119-175 g/km.  
Nabídka je časově omezená a platí u participujících dealerů.

800 900 994  
MAZDA.CZ