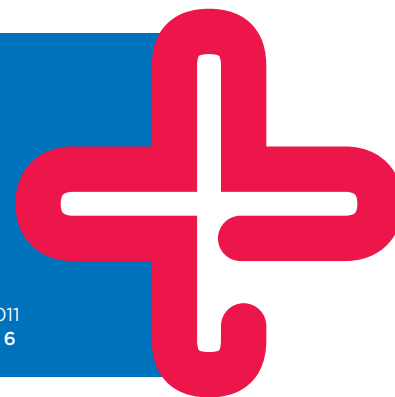


# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč  
PŘEDPLATNÉ 23 Kč  
13/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 27. 6. 2011  
V TOMTO VYDÁNÍ - LL 6



## AKTUALITY

**Tomu dala, tomu nic**  
„Může si ČR v současné situaci dovolit biologickou léčbu?“  
Odpověď hledali účastníci semináře.

STRANA 18



## PŘEDSTAVUJEME

plk. gšt. prof. MUDr. Jana  
Österreicher, Ph.D.,  
velitele Nemocniční základny  
Armády ČR

STRANA 34



## Z DOMOVA

Zákon o zdravotním pojištění  
je ohrožen elektronickou  
soutěží. Odborníci poukazují  
na slabiny zamýšlených  
tendrů na léky.

STRANA 4



## První fáze Hegerovy reformy prošla

Poslanecká sněmovna schválila první část reformy zdravotnictví, od které si koalice slibuje větší příliv peněz do systému a udržitelné financování zdravotnictví i do budoucna. ČSSD již hovoří o podání ústavní stížnosti.

Úterní hlasování v poslanecké sněmovně vyústilo ve velký, přesto očekávaný triumf ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) – poslanci schválili první část zdravotnické reformy. Pro reformu hlasovalo 105 poslanců včetně bývalých poslanců VV Kristýny Kočí a Jaroslava Škárky, proti návrhu se vyslovilo 73 poslanců z řad opozice a nezařazený Stanislav Huml.

Jedná se o nejvýraznější reformní počín ve zdravotnictví za posledních 20 let, který významně po-

změní způsob poskytování zdravotní péče u nás. Předkladatelé si od novely zákona č. 48/1997 Sb. slibují udržitelné financování zdravotnictví a efektivnější nakládání s veřejnými prostředky do něj vloženými. Více peněz však má do systému přitéct i od pacientů. Poplatek za den pobytu v nemocnici se zvyšuje ze 60 na 100 Kč, přestanou se hradit léky stojící méně než 50 Kč a bude definována nadstandardní péče, respektive seznam výkonů a prostředků, na něž si pacienti budou muset začít

příplácet. Právě tyto tři pilíře novely jsou podrobovány nejostřejší kritice. O její stažení marně žádala Česká lékařská komora (ČLK) i odbory. Zásadně proti schválení nové normy se vyslovila opozice, která dokonce avizovala podání ústavní stížnosti.

Novela je první ze série reformních norem. Další tři reformní zákony o službách hodlá ministr Heger předložit vládě do konce června. K projednávání do sněmovny by se mohly dostat přibližně v polovině

(pokračování na straně 2)

## VZP: Systém musí lépe odpovídat ekonomickým možnostem

V minulých číslech jsme prezentovali názory zaměstnaneckých pojišťoven na věcný záměr zákona o změnách ve fungování zdravotních pojišťoven. Nyní přinášíme hodnocení VZP ústy její mluvčího Jiřího Rody.

### Jak tento balík změní celkově hodnotíte?

Navržené změny upravují parametry stávajícího systému, nejedná se tedy o nějakou zásadní změnu. I nadále bude financování zdravotní péče zabezpečeno prostřednictvím výběru pojistné-

ho, respektive jakési formy daně. Nebude se tudíž jednat o klasický pojišťovenský systém založený na volbě nákupu určitého pojišťovacího produktu. Navržené změny, jež budou znamenat zefektivnění a úspory ve veřejném zdravotním pojištění, VZP vítá.

### Klienti budou moci vystřídat pojišťovnu jen jednou do roka ve stanoveném datu. Jak hodnotíte tento bod?

Dle současného znění zákona má pojištěnec právo změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců,

(pokračování na straně 2)

Reforma má jediný cíl – vytáhnout z lidí víc peněz a zavést dvou- rychlostní medicínu pro bohaté a chudé.

## První fáze Hegerovy reformy prošla

(pokračování ze strany 1)

července a platit by měly od ledna 2012.

### Dvourychlostní medicína

Nejvíce pochybností kritiků reformy vyvolává mechanismus, jímž se má určovat, co bude spadat do standardní a co do nadstandardní péče. Mezi oponenty panují obavy, že se standard výrazně zhorší a dojde k rozdělení na péči pro chudé a pro bohaté. Podle ministra Hegera jsou však tyto obavy zbytečné, protože nadstandard by se měl týkat pouze nejmodernějších či zbytných výkonů a prostředků, pro které existuje levnější a stejně účinná varianta. Jako příklad uvádí robotickou chirurgii, která je prý čtyřikrát dražší než endoskopické operace, při-

čemž výsledkem je stejný – vyléčení pacient.

S tím však nesouhlasí stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath, podle kterého má reforma jediný cíl, a to „vytáhnout z lidí víc peněz a zavést dvourychlostní medicínu pro bohaté a chudé“. „Budeme dělat vše pro to, aby senát vrátil návrh zákona zpět do sněmovny,“ uvedl Rath. Schůze senátu začne pravděpodobně 20. července, termín ještě musí potvrdit organizační výbor, který zasedá v úterý 28. června.

### ČSSD zvažuje ústavní stížnost

V případě opětovného přehlasování senátního veta v poslanecké sněmovně by mohla přijít na řadu ústavní stížnost, kterou by ČSSD opřela především o způsob

určování nadstandardních výkonů. V novele se uvádí, že ekonomicky náročnější variantu péče, tedy nadstandard, bude určovat ministerstvo vyhláškou, což je podle Ratha protiústavní, neboť by to mělo být uvedeno v zákoně. „Je absurdní, aby o tom, co pacient ještě dostane z veřejného zdravotního pojištění a co už si bude platit ze svého, rozhodovali úředníci ministerstva či pojišťovny. Tento krok je v rozporu s ústavním pořádkem v naší zemi, kdy Ústava jasně říká, že to, co lze hradit z veřejného zdravotního pojištění, stanoví zákon a nikoli úředník ministerstva či pojišťovny,“ uvádí Rath ve svém tiskovém prohlášení.

Leoš Heger však namítá, že nejde ani tak o to, kdo bude standardy určovat, ale kdo je bude garanto-

vat – a tímto garantem bude právě ministerstvo zdravotnictví. Navíc odmítá, že by se na jejich určování měli podílet pouze ministři či pojišťovenští úředníci. Podle Hegera bude pro každý obor určena menší pracovní skupina, která bude své výsledky prezentovat v grémiu složeném ze zástupců daných oborů a ministerských úředníků. Osloveni by podle Hegera měli být jak specialisté z jednotlivých odborných společností Jana Evangelisty Purkyně, tak i experti České lékařské komory. Podle Ratha však neexistují žádné záruky, že tomu tak skutečně bude, protože zákon to neuvádí.

### ČLK: Zvýší se náklady na léky

Česká lékařská komora kritizuje především změny v lékové politice, které podle ní místo úspor

přinesou spíše zvýšení nákladů. Zrušení úhrady léků v ceně do 50 korun podle kritiků povede ke spekulativnímu jednání pacientů, kteří si raději nechají předepsat léky dražší nebo větší balení. Tento argument však ministerstvo zdravotnictví nepřijímá. Podle mluvčího MZ Vlastimila Sršně mají podobnému chování zamezit přípravené kontrolní mechanismy. O jaká opatření se konkrétně jedná, ovšem nespecifikoval.

Ve svém stanovisku ČLK kritizuje i nejasnou definici tzv. podpůrných a doplňkových léků. Ministerstvo zde prý uvádí i takové léky, jež sice nemohou pacienta vyléčit, ale zmírňují příznaky jeho choroby a zvyšují tak kvalitu jeho života. I v tomto případě ČLK predikuje přesun preskripce na dražší přípravky.

Filip Kút Citores

## VZP: Systém musí lépe odpovídat ekonomickým možnostem

(pokračování ze strany 1)

a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Zredukování účelové migrace pojištěnců omezí jak účelové chování některých pacientů, tak i zdravotních pojišťoven, jež v případě přestupu častokrát nabízely benefity, které nesouvisely s poskytováním zdravotního pojištění nebo zdravotní prevence. Dalším aspektem bude zlepšení finančního plánování, kdy v minulosti velké pohyby pojištěnců v každém čtvrtletí narušily plánované roční cíle pojišťovny. Jako určitá nevýhoda může být omezená reakce pojištěnců například na marketingové aktivity pojišťovny.

**Další změnou, kterou chce Hegerův úřad prosadit, je převedení zdravotních pojišťoven na neziskové subjekty. Víte, co konkrétně se tím pro vás změní?**

Zákon o zdravotních pojišťovnách je nyní ve stadiu věcného záměru. Není tedy ještě k dispozici v parlamentním znění. Záměr zavést jeden zákon o zdravotních pojišťovnách vítáme, protože dojde ke sjednocení podmínek fungování a hospodaření pojišťoven.

Je to právě VZP ČR, která má nyní v některých ohledech přísnější podmínky pro hospodaření, například v oblasti plnění fondu prevence, který máme na rozdíl od ostatních zdravotních pojišťoven procentně omezen.

Pokud se týká otázky neziskovosti, VZP ČR i dle současné právní úpravy nesmí zřizovat a provozovat zdravotnická zařízení a podnikat s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění. Hospodaření je fondové, přičemž jednotlivé fondy tvoří zisk či ztrátu; případné kladné saldo příjmů a výdajů se promítá do konečného zůstatku fondu a přechází do dalšího roku. Pouze v oblasti činností podléhajících dani z příjmů právnických osob, například za pronájem nebytových prostor, je tvořen zisk plynoucí do fondu ostatní zdaněvané činnosti.

**Nově by pojišťovny měly mít možnost regulovat síť zdravotnických zařízení, mohly by s nimi vypovídat smlouvy a bylo by na nich, zda uzavřou smlouvu se zařízením, které uspělo ve výběrovém řízení (zatímco nyní mu smlouvu dává musejí). Nejedná se o přílišné posílení pravo-**

**mocí pojišťoven? Proč konkrétně tento bod potřebujeme?**

Objem finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění je limitován a je do značné míry závislý na ekonomickém výkonu národního hospodářství. Hospodářská recese navíc ukázala, že systém není schopen pružně reagovat a VZP ČR byla schopna pokrýt výpadek v příjmech z pojištění pouze díky finančním přebytkům z minulých období a okamžitému přistoupení k vyšším úsporám. Takže je nutné tento systém nastavit tak, aby lépe odpovídal ekonomickým možnostem a pružněji reagoval na potřeby v oblasti poskytování zdravotní péče.

**Dostala pojišťovna prostor, aby se vyjádřila k tvorbě zákonů?**

VZP ČR není oficiálním připomínkovým místem, ne ke všem návrhům tedy měla možnost se vyjádřit, protože ministerstvo zdravotnictví jí není povinno je postupovat. K případným připomínkám však VZP ČR dostává většinu návrhů nových zákonů a novel prostřednictvím svého členství v Unii zaměstnavatelských svazů.

Michela Svobodová

## Firma se soudí s VZP, prý jde o šikanu

Společnost Home Care Services&Supplies (HCSS) vede se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou pět soudních sporů. Důvodem je vypovězení smluv, které měly trvat do roku 2015. Podle firmy jsou důvody vypovězení neplatné, pacientům přestala poskytovat služby až počátkem tohoto měsíce.

Třicet zdravotních sester muselo odejít na pracovní úřad a 578 lidí si hledá jinou společnost, která jim zajistí péči – to jsou prozatímní výsledky sporu mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a společností Home Care Services&Supplies. Ta poskytuje domácí péči pacientům všech zdravotních pojišťoven. Tedy poskytovala. Od června přestala u pacientů Všeobecné zdravotní pojišťovny, důvodem je 50 milionů korun, které jí VZP za posledních 11 měsíců neuhradila.

Pojišťovna s poukazem na porušování smluvních podmínek vypověděla smlouvy a péči přestala hradit. Jednatel firmy Petr Jenka ale odmítl výpověď uznat a péči poskytoval dál. Nyní celou záležitost předal soudům. Jihlavský již dal za pravdu Jenkovi – tvrdí, že výpověď je neplatná. VZP se však odvolala. V ostatních městech soudy probíhají nebo se na jejich zahájení teprve čeká.

### Jenka: VZP obchází platnou legislativu

Všeobecná zdravotní pojišťovna tvrdí, že firma porušila podmínky. Jaké konkrétně, ale není možné vyčíst ani

ze soudních protokolů, ani z tiskové zprávy, kterou pojišťovna vydala. Právě proto se Petr Jenka domnívá, že VZP jeho firmu jen šikanuje a obchází platnou legislativu. Hovoří o „štvavé kampani“, kterou proti němu pojišťovna spustila. „Obraclí se i na lékaře, že s námi nemají spolupracovat, že jsem podvodník v bílém plášti, a mnoho lékařů tomu skutečně uvěřilo,“ popisuje Jenka. Pojišťovna se brání a tvrdí, že lékaře jen informovala. „Protože zdravotní péče poskytovaná zdravotními sestrami agentury domácí péče může být z veřejného zdravotního pojištění hrazena jen na základě její indikace praktickým lékařem (případně lékařem propouštějícím pacienta z hospitalizace), byli příslušnými krajskými pobočkami VZP ČR všichni tito péči indikující lékaři informováni o datu ukončení smluvního vztahu s HCSS a zároveň byli seznámeni s přehledem smluvních zdravotnických zařízení poskytujících domácí péči v daných regionech, která byla schopna péči poskytovanou dosud pojištěncům VZP ČR ze strany HCSS převzít,“ uzavírá tiskový mluvčí Jiří Rod. (msvo)



# Reforma zdravotnictví se bude psát v Brně

Ministr Heger bude hájit svou reformu před ústavními soudci. Situaci si rozhodně neulehčil.

Ministr zdravotnictví protlačil sněmovnou první fází své reformy. Poslanci schválili „malou“ novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, z níž se během schvalování stala spíše novela „střední“. Sociální demokraté již oznámili, že prosazený návrh napadnou u Ústavního soudu. Byli by hloupí, kdyby to neudělali. Argumentační munice jim totiž Leoš Heger bohužel nabídl na několik zásobníků. Není zcela jasné, proč má vláda, jež disponuje pohodlnou a na rozdíl od koalice samotné i fungující a stabilní sněmovní většinou, potřebu pohybovat se na hranicích

Ústavy. Ale je to tak. Politické opozici se tím naskytla dosud poměrně málo využívaná možnost otevřít další fórum k vystupování proti vládě na půdě brněnského Ústavního soudu. Opozici se tam celkem daří a není příliš divu. Jednou vláda dostala přes prsty za zneužití stavu legislativní nouze kvůli prosazení úsporných opatření, jindy zase za retroaktivní zdanění příspěvků na stavební spoření. I jednání o reformě zdravotnictví bude v Brně zajímavé a může se



Martin Čaban

velmi snadno stát, že konečná podoba první fáze reformy bude napsána právě tam.

## Uklouznutí po vlastní slupce

Socialisté zatím vyhlásili, že si chtějí v Brně stěžovat na vládu kvůli zavedení dělby péče na standard a nadstandard a kvůli poplatkům. S poplatky by problém být neměl. Ústavní soudci už jednou rozhodli, že poplatky neporušují ústavní právo na bezplatnou péči, není tedy pravděpodobné, že zvýšení jed-

noho z nich o 40 korun by jejich postoj zásadně posunulo. Rozdělení péče na standard a nadstandard si Leoš Heger bude muset obhájit a bude to jistě pozoruhodná bitva, nicméně se nezdá, že by argumenty opozice o zdravotnictví pro chudé a bohaté měly zásadní sílu. Jenže místo, aby se ministr soustředil na tyto dva body a chystal si pevnou argumentační bázi, na níž soudcům svou představu reformy vysvětlí, vlepil do schválené novely další „špek“, s nímž bude mít v Brně velké potíže. Jde o povinnost zdravotních pojišťoven odezdat třetinu peněz, které zbyly na jejich účtech ke konci loňského roku. Nejen že Heger sám připustil, že jde vlastně o „znárodnění“, čímž si svou pozici v potenciálním sporu o Ústavu rozhodně nevylepšil. Jeho opatření navíc opět koketuje s protiústavním principem retroaktivity, jelikož „zdaňuje“ peníze, které již pojišťovny vůbec nemusejí mít na účtech, protože s nimi v dobré víře před mnoha týdny naložily jako s vlastními zůstatky.

## Právníci se zapotí, soudci pobaví

Až se v Brně povede spor o toto opatření, ministerští právníci se hodně zapotí. Zároveň se – a to můžeme vnímat jako pozitivní prvek – zase jednou v plné nahotě odhalí nesmyslné postavení, které v dnešním systému zdravotnictví mají zdravotní pojišťovny. Ty nejsou ani firmami, ani filiálkami státní moci, ani soukromými subjekty, ale ani státními společnostmi. Soudci se jistě dobře pobaví, až se strany sporu budou hádat, zda peníze na účtu zdravotní pojišťovny patří zdravotní pojišťovně, nebo všemu lidu.

Dá se pochopit, že vítězství odborářské akce „Děkujeme, odcházíme“ udělalo do financí zdravotnického systému poměrně nečekanou díru. To ale neznamená, že je nutno ji zalepovat opatřeními na samé hranici ústavnosti a komplikovat si tak reformní úsilí zbytečnými složitými spory před brněnským soudem.

Inzerce A111008386

## Artesa navyšuje úrokové sazby!

Všechny vklady ze zákona pojištěny až do výše 100 000 eur

S platností od 01. 06. 2011

**Proč Artesa?**

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

až  
**4,0 %**  
p.a.



Artesa, spořitelní družstvo  
[www.artesa.cz](http://www.artesa.cz)

Politických vězňů 21  
110 00 Praha 1

volejte zdarma  
800 128 836

  
INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

# Zákon o zdravotním pojištění je ohrožen elektronickou soutěží

Když koncem května členové sněmovního výboru pro zdravotnictví na poslední chvíli podali pozměňovací návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění, který by při stanovování cen léků zavedl úhradovou soutěž, řada profesních zdravotnických institucí protestovala. Zástupci lékařů, lékárníků a pacientů proto založili iniciativu s názvem „Tendry nejsou lék!“.

**N**ávrh elektronické aukce neboli tendru na výběr léčiv ve vybraných molekulách je podle zástupců iniciativy chválný, ale má řadu úskalí. Základní problém vidí v tom, že vznikl bez odborné diskuse lékařů, farmaceutů a pacientů, a proto doporučují poslancům, aby kvůli němu zákon o veřejném zdravotním pojištění vůbec neschválili.

S návrhem zákona zásadně nesouhlasí Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). „Z právní analýzy vyplývá, že pozměňovací návrh nebyl přijat standardním legislativním procesem, nekonalo se žádné připomínkové řízení a obešel i vládu České republiky. Ačkoliv byl předložen sněmovnímu výboru pro zdravotnictví, ve skutečnosti jde o návrh ministerstva zdravotnictví. Byl tak obejit princip demokratické dělby moci na zákonodárnou a výkonnou. Navíc nebyla umožněna demokratická diskuse na půdě parlamentu; členové výboru dostali návrh jen několik hodin před chystaným zasedáním,“ podotýká výkonný ředitel AIFP Radim Petráš.

„Zavedení pozměňovacího návrhu bylo velmi partyzánské. Přestože původní novela zákona je v legislativním procesu od září, návrh se oficiálně objevil v noci ze 31. května na 1. června. Vůbec se nedívám, že účastníci jednání výboru s ničím konkrétním nestihli vystoupit, protože návrh měl asi 50 stran. Některé nápady mohou skutečně pomoci uspořít, ale u takto nedokonalého materiálu bez účelných pravidel je obtížné zhodnotit jejich skutečný dopad,“ doplňuje prezident České lékárnické komory Stanislav Havlíček.

## Levné léky se u nás dlouho neohřejí

Princip elektronické aukce je v návrhu přestaven zhruba následujícím způsobem: Zdravotní pojišťovna požádá SÚKL, aby vyhlásil



„Stát by měl říci, že tendrovým stanovením cen sice ušetří, ale pacienti budou doplácet na léky výrazně víc než doposud,“ myslí si prezident České lékárnické komory Stanislav Havlíček. | Foto: Leoš Chodura

soutěž, které se musí zúčastnit minimálně tři subjekty. Ten, kdo nabídne nejnižší cenu, vyhrává. Vítězná cena je 100% garantovaná, subjekt dostane 100% ceny od zdravotních pojišťoven, lék je pacientům plně hrazen. Všechny ostatní přípravky dostanou úhradu ve výši 75% z této ceny. Po 18 měsících se vyhlásí nová soutěž. Aby farmaceutické firmy se svým lékem zvítězily, budou muset jít s jeho cenou dolů.

„Je důležité si uvědomit, že Česká republika má již nyní jedny z nejnižších cen léků v rámci EU. Pokud výrobci budou nuceni tyto ceny ještě více snižovat, povede to k tomu, že některé farmaceutické společnosti raději stáhnou produkt z českého trhu a přesunou svůj zájem do jiných zemí,“ dodává Radim Petráš.

Z dalšího úhlu pohledu vidí současnou situaci předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP Svatopluk Býma: „My lékaři kri-

tikou tendrů neobhajujeme vyšší ceny léků. Jsme zásadně pro to, aby ceny léků byly co nejnižší, už jen z toho důvodu, že z koláče zdravotního pojištění pro nás zbude více. Přesto cítíme riziko dumpinových cen, kdy na českém trhu zůstanou dva až čtyři monopolní dovozci a v oficiálních soutěžích budeme mít dlouhodobě léky dražší a dražší,“ varuje Býma.

„Elektronická soutěž velkou úsporu nepřinese,“ souhlasí viceprezident Svazu pacientů Josef Mrázek. „Autoři tohoto návrhu předpokládají, že půjde asi o půl procenta z celkových nákladů na léky, což je velmi málo. Za několik let navíc můžeme očekávat, že i tato úspora zanikne, protože tendrovaná cena stoupne následkem efektivního monopolu, a dosáhne dokonce vyšších hodnot, než činila ta původní.“

Navíc výrazně nízká cena vyten-drovaného léku ovlivní obchodování s tímto přípravkem na středoevropském trhu. „Vítězná cena

bude velmi lukrativní. Právnícké osoby, které se specializují na export léků z Česka do dalších zemí, takový lék vyvezou, takže se preparát nemusí v naší republice ohřát déle než pár hodin,“ obává se Stanislav Havlíček.

## Riziko vyšší spoluúčasti a nevhodné medikace

Velká pravděpodobnost vývozu vítězného léku a jeho následný nedostatek v ČR způsobí, že řada pacientů si kvůli logistickým komplikacím bude muset doplácet na jiný než vítězný lék. Tedy minimálně 25% ceny plně hrazeného. „Lékařníci, kteří pak plně hrazený lék neseženou, budou nabízet dostupné alternativy s vysokým doplatkem. Pokud se zákonodárci budou snažit za každou cenu prosadit tento dobrý, ale špatně připravený nápad, měli by říci pacientům přímo: Tento návrh znamená, že vaše spoluúčast jednoznačně vzroste,“ upozorňuje prezident Havlíček.

Další skupinu pacientů, pro něž bude tendrová soutěž nevhodná, představují ti, kterým právě plně hrazený lék nebude vyhovovat kvůli možným vedlejším účinkům. I oni budou muset doplácet na přípravek, který je pro ně vhodnější. „Řada chronických pacientů jsou starší lidé, pro něž bude obtížné najít správný lék, a když se konečně léčba vyladí, bude znovu narušována, protože po roce bude lék nahrazen jiným,“ doplňuje Josef Mrázek. Právě změna medikace a možné zvýšení rizik vedlejších účinků jen kvůli zásobovací situaci je pak podle Svatopluka Býmy celkově nepřijatelná i pro lékaře.

## SÚKL nestihá revize

Zástupci iniciativy „Tendry nejsou lék!“ připsávají odpovědnost za patovou situaci Státnímu úřadu pro kontrolu léčiv. „SÚKL neplní svou povinnost, kterou je každoroční revize léků. V současné době některé skupiny léků vůbec nejsou zrevizovány a trvá to již déle než dva roky. Hledáme další, často nefunkční možnosti úspor místo toho, abychom zanalyzovali, proč SÚKL neplní příslušným způsobem zákon, a donutili jej, aby tuto povinnost plnil,“ říká Svatopluk Býma s tím, že SÚKL tak mimo jiné brzdí nástup generických léků na český trh. A nejde jen o generika. AIFP, která sdružuje výrobce originálních léků, si nechala vypracovat analýzu, podle které se originální léky už nyní dostávají k českým pacientům s až tříletým zpožděním oproti Polsku, Slovensku či Maďarsku.

## Důkazní nouze

SÚKL se brání argumentem, že když mu stát dával za úkol revizní činnost, nikdo netušil, jak složitý a náročný proces půjde. „Zákon o veřejném zdravotním pojištění nebyl v době nabytí účinnosti doprovázen prováděcími předpisy ani rozpracovaným postupem stanovování cen a úhrad léků. Ten upravují až metodiky SÚKL. Absence jasných postupů v revizi tak měla za následek pozvolný start komplexní revize úhradového systému. K dispozici dosud nejsou – a ani tehdy nebyly – zkušenosti z jiných evropských zemí. V řadě z nich je povin-



nost revidovat také zakotvena v zákoně, přesto pokusy o komplexní revizi ztroskotaly,“ namítá tisková mluvčí SÚKL Veronika Petláková. Jak dále říká, revize úhrad probíhájí ve správních řízeních, která jsou v dispozici účastníků řízení, nikoli správního orgánu (jímž je právě SÚKL). Řízení jsou prodlužována především z důvodu velkého počtu účastníků, kteří mají protichůdné zájmy. Účastníci tak podle SÚKL mají všechny prostředky k oddalování výsledku revize na své straně. Patří k nim žádosti, námítky a odvolání k oddálení vydání rozhodnutí nebo jeho dopadu do praxe. Vzniká takzvaná důkazní nouze pro vydání rozhodnutí, protože

ani opakované výzvy účastníkům řízení nevedou k předkládání důkazů. V rámci jednoho správního řízení je nutné opakovaně ověřování měnících se cenových referencí v zemích Evropské unie. Rozhodování prodlužuje také hodnocení odborných informací z medicíny a farmacie o postavení přípravku v klinické praxi.

„Přesto objem již zrevidovaných úhrad léčivých přípravků představuje okolo 73 procent celkového objemu finančních prostředků vynakládaných z veřejného zdravotního pojištění na léky. Z dosud pravomocně rozhodnutých řízení v rámci revize úhrad byla vypočítána předpokládaná roční úspora

ve výši 5,2 miliardy korun,“ vypočítává mluvčí SÚKL.

### V zahraničí nedostatek léků a chaos v distribuci

Česká asociace farmaceutických firem (ČAFF) upozorňuje na fakt, že navrhovaný systém elektronických aukcí je v Evropě používán velmi zřídka a za různých systémových podmínek. Navíc v zemích, kde existuje, se neosvědčil v řadě aspektů. Nejčastěji vede k odchodu menších subjektů z trhu, následnému snížení konkurence mezi výrobci, potenciálnímu růstu cen či případnému nedostatku léčiv.

Jak upozorňuje výkonný ředitel

ČAFF Emil Zörner, léky bez doplatku v klíčových léčebných skupinách budou nedostupné, přestože zdravotní pojištění je stále povinné a stát má zaručit alespoň jeden plně hrazený lék. „Dokládají to zkušenosti několika zemí, které elektronické aukce testovaly. Může dokonce nastat situace, že lék bude zcela nedostupný. Přesně takové případy reálně nastaly například v Řecku,“ popisuje Zörner. Podobnou zkušenost mají také v Nizozemsku. Systém elektronických aukcí budou po několika výpadech zásadních molekul a chaosu celého systému rušit již v příštím roce (viz rozhovor na této stránce).

Petra Klusáková

## Elektronické soutěže v Nizozemsku nefungují

„Od tendrů ustoupíme, je to chaos, který moc neušetřil,“ říká ředitel nizozemské neziskové organizace SFK (Nadace zdravotnických statistik) Ronald van der Vaart.

### Od kdy u vás tendry v lékové politice fungují a jak?

Systém tendrů jsme v naší zemi zavedli v roce 2005, do té doby jsme v rámci cenového zákona

stanovovali cenu z průměru cen léku v okolních státech.

### Ušetřil tento systém finanční prostředky?

Celkově se díky tendru snížily ceny u nejlevnějších molekul.

### Mají elektronické soutěže dopad na pacienty?

V systému panuje chaos, ve kterém se špatně orientují nejen pacienti, ale i lékaři a lékárníci. Největší problém spočívá ve změně balení, kdy lékárník musí s každým pacientem konzultovat a vysvětlovat. Lékárníkům se významně zvýšil objem administrativy. Lékární si musely na její zpracování najmout další zaměstnance.

### Stalo se, že některé léky z trhu skutečně zmizely?

Vznikají spíše problémy s dostupností léků, především těch hodně používaných. Nestalo se, že by některá molekula z našeho trhu zmizela úplně, ale některé se daly sehnat jen velmi obtížně (viz „Výčet obtížně dostupných molekul v Nizozemsku po zavedení tendrů“). Léky byly nedostupné, protože se začaly masivně vyvážet do zahraničí, a naopak distributoři je pak k nám dováželi například z Indie.

V roce 2012 proto Nizozemsko systémem tendrů opustí a nahradí jej volným oceňováním léků. Nový systém jsme několik let zkoumali, a přestože má také své nedostatky, věříme, že bude účinnější.

(klu)



Ronald van der Vaart. | Foto: archiv SFK

## Všechny léky pod 50 korun zpoplatnit

Pozměňovací návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění přináší kromě elektronické soutěže i další sporné změny, s nimiž se nemohou smířit hlavně lékárníci. Jde například o vyřazení levných léků (do výše 50 korun) z úhrad. To znamená, že pacienti by měli platit plnou cenu všech léků, které stojí méně než padesát korun. Lékárníci se obávají situace, kdy by se úspěšný soutěžitel v tendrové soutěži mohl dostat na cenu pod padesát korun, takže by neměl žádnou úhradu. Stanovovat jako jediný kritérium pro výběr úhrady pouze cenu léku by podle České lékárnické komory mohlo mezi laickou veřejností způsobit nebezpečnou „zkratku“, že to, co stojí méně než padesát korun, není tak účinné jako dražší léky. Připomínají například velmi účinná a přitom levná antipyretika či analgetika.

## Co na návrhu vadí lékárnické komoře

- Není upraven postup při výpadku vítěze úhradové soutěže. Na trhu by v tu chvíli nebyl žádný plně hrazený přípravek (jde o konflikt s přílohou č. 2 zákona o VZP).
- Pozastavení platnosti rozhodnutí o úhradě. Výrobce vítězného přípravku dobrovolně přistoupí na úhradu nižší, než mu stanovil SÚKL, a pozastavuje se tím platnost původního rozhodnutí.
- Poražení jsou ve srovnání s vítězem z pohledu zdravotního pojištění nákladově efektivnější. Pro zdravotní pojišťovnu představuje úhrada ve výši 75% vítězného přípravku úsporu. Z pohledu pacienta je to logicky obráceně.

## Výčet obtížně dostupných molekul v Nizozemsku v posledních dvou letech

### V roce 2010:

nabumeton, zopiklon, kodein, propranolol, klomipramin, chlorthalidon, isotretinoin, kodeinfosfát, tolbutamid, cimetidin, thalidomid, mikonazol/hydrokortison, gemfibrozil, amilorid/hydrochlorothiazid.

### V roce 2011:

metformin, indometacin, spironolaktan, omeprazol, diklofenak, kolchicin, rantidin, itrakonazol.

## Z DOMOVA

# Podpora vzdělávání zdravotníků z fondů EU

Již rok může stát čerpat finance na podporu vzdělávání lékařského i nelékařského zdravotnického personálu. Avšak zájem o akreditované vzdělávací akce ze strany managementů nemocnic i samotných zdravotníků není tak vysoký, jak MZ ČR doufalo.

V lednu loňského roku Ministerstvo zdravotnictví ČR získalo z Evropské unie finanční podporu na celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků. Díky těmto prostředkům loni mohly být spuštěny dva projekty – první je určen k prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborně-profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech, druhý je určen lékařům, stomatologům a farmaceutům a je zaměřen na profesní medicínské vzdělávání a vzdělávání v manažerských dovednostech. Oba projekty jsou financovány z prostředků Evropského sociálního fondu (ESF) – Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost. Oficiálně byly spuštěny 1. května 2010 a skončí v dubnu 2013. Celkový objem získaných finančních prostředků činí téměř 723 milionů korun, přičemž 85 % jde z EU a zbytek je financován z národního rozpočtu. Vzhledem k pravidlům Evropské unie se

projekty bohužel netýkají zdravotnických pracovníků působících na území hlavního města Prahy.

## První rok přinesl zklamání

Za první rok bylo ze získaných peněz vyčerpáno 29 milionů (z toho 13 milionů pro lékaře a 16 milionů pro nelékaře), což představuje přibližně 4 % z celkového objemu získaných dotací. Rozhodně tak zájem zdravotníků nepředčil očekávání. Nízký zájem přiměl ministra zdravotnictví Leoše Hegera ke změně na postu ředitelky Institutu postgraduálního vzdělávání zdravotníků (IPVZ), který je příspěvkovou organizací MZ a současně generálním dodavatelem zajišťujícím většinu vzdělávacích akcí souvisejících s uvedenými projekty. Novou ředitelkou IPVZ byla jmenována bývalá šéfkyně odboru vzdělávání a vědy MZ Vendula Pírková.

„Nové vedení IPVZ má před sebou řadu zásadních výzev. Především se jedná o celkovou koordinaci procesů a transformace postgraduálního vzdělávání v souvislosti s postupným přebíráním odpovědnosti jednotlivých univerzitních

fakult a dále o zajištění efektivního čerpání finančních prostředků z Unie na dotované vzdělávací programy lékařských i nelékařských profesí,“ řekl k tomu Leoš Heger.

## Cíle projektů

„Ne vždy se nám podařilo zrealizovat vše, co jsme si naplánovali. Nízký byl především zájem lékařů o nástavbové atestace, kde máme plánovaných až 400 míst, ale v tuto chvíli je jich obsazeno pouze 121. Máme zde připravené vzdělávání v oborech jako neonatologie, intenzivní medicína, medicína dlouhodobé péče a řadě dalších. Bohužel odezva ze strany akreditovaných pracovišť i samotných zdravotnických pracovníků není tak velká, jak jsme očekávali,“ uvedla nová ředitelka IPVZ Vendula Pírková.

Pro zlepšení situace a zvýšení zájmu zdravotníků i jejich zaměstnavatelů chce IPVZ po dohodě s ministerstvem diskutovat s odbornou veřejností, manažery zdravotnických zařízení a personalisty o tom, jaké aktivity jsou pro ně zajímavé a v čem konkrétně by chtěli své zaměstnance proškolit.

V jednotlivých kurzech má být podle plánu podpořeno celkem 40 470 osob, z toho 7745 lékařů a 32 725 nelékařů. Podle Pírkové však nejde pouze o konečný počet proškolených, důraz musí být kladen především na kvalitu. Projekty mají vést ke skutečnému prohloubení znalostí a tím pádem k efektivnímu využívání lidských zdrojů podle úrovně vzdělání, získaných znalostí a kompetencí.

## Peníze nejsou problém

Zdravotníci si zpravidla stěžují na finanční náročnost povinného celoživotního vzdělávání. V případě zmíněných projektů je však IPVZ schopen prostřednictvím ministerstva zdravotnictví zaměstnavatelům i samotným zdravotníkům kompenzovat možné finanční výdaje vyplývající z účasti na těchto vzdělávacích akcích. Podle Venduly Pírkové mohou být hrazeny všechny

náklady až do výše trojnásobku minimální mzdy, tedy přibližně 24 tisíc korun hrubého.

„Například lékař, který je zařazen v certifikovaném kurzu intenzivní medicíny a je zaměstnancem akreditovaného zařízení, se může vzdělávat v rámci svého pracoviště a my můžeme přispět na jeho mzdu či plat. Pokud je zaměstnancem jiného než akreditovaného pracoviště a musí na stáž dojíždět, jsme schopni hradit všechny náklady týkající se stážovného až do výše 24 tisíc korun,“ demonstrovuje na konkrétním příkladu ředitelka IPVZ.

## V projektu pro lékaře má být podpořeno:

- 400 osob v certifikovaných kurzech složených ze 44 nástavbových oborů.
- 125 osob v jednoletém kurzu zaměřeném na oblast ekonomiky zdravotnictví, ekonomiky zdravotnických zařízení a managementu zdravotnických zařízení.
- 120 lékařů v programu „Poskytnutí neodkladné přednemocniční péče“ (*Advanced Trauma Life Support Program for Doctors, ATLS*). Zahrnuje proškolení základního kádru školitelů a prvních 100 frekventantů.
- 150 osob v oblasti kódování diagnóz pomocí klasifikace MKN-10 a v příbuzných oblastech zdravotnické informatiky, včetně jejich právních, etických, technických, společenských, vědeckých, statistických a finančních aspektů.
- 3250 lékařů z různých oborů, především však z oblasti primární péče, zprostředkováním účasti na konferencích a seminářích.
- 3700 účastníků vzdělávacích akcí, stáží, kurzů, konferencí a seminářů z řad stomatologů.

## Investice do personálu se vyplatí

Podle Pírkové jsou u nás zaměstnavatelé zvyklí investovat spíše do přístrojového vybavení než do personálu, přitom i investice do vzdělávání se jim může velmi vyplatit. „Vždycky se investovalo do přístrojů, což samozřejmě není špatné, ale žijeme v 21. století a musíme investovat rovněž do lidských zdrojů a vzdělávání. Jediné, co zbývá, je využít prostředků, které máme k dispozici. Pak je zde druhotná přidaná hodnota pro zaměstnavatele, a to možnost navýšení plateb od pojišťoven vzhledem k tomu, že zaměstnanci získají zvláštní odbornou způsobilost a pracoviště může rozšířit spektrum poskytovaných služeb,“ argumentuje ředitelka IPVZ. Zapomínat by se podle ní nemělo ani na konečné spotřebitele zdravotní péče – pacienty, kteří mají oprávněný zájem na kvalitní a bezpečné zdravotní péči a očekávají od zdravotníků špičkové služby, dostatečné vědomosti, znalosti a kompetence.

Více informací o projektech:

[www.vzdelavani-zdravotniku.cz](http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz)

Filip Kút Citores

## V projektu pro nelékaře má být podpořeno:

- 9400 osob v certifikovaných kurzech rozdělených do 22 tematických oblastí.
- 125 osob v jednoletém kurzu zaměřeném na oblast ekonomiky zdravotnictví, ekonomiky a managementu zdrav. zařízení.
- 2000 osob v akreditovaných kvalifikačních kurzech zaměřených zejména na stabilizaci zdravotnického personálu v oborech všeobecný sanitář, slabozraký a nevidomý masér, masér, zdravotnický asistent, zdravotně-sociální pracovník, ošetřovatel, radiologická fyzika, radiologická technika, odborné zdravotnické laboratorní metody, biomedicínská technika, biomedicínské inženýrství a řídicí ZZS.
- 200 nelékařských zdravotnických pracovníků v kurzu pro kodéry, jehož cílem je zvýšení kvalifikace zdravotnických pracovníků přímo řízených zdravotnických zařízení v oblasti kódování diagnóz pomocí klasifikace MKN-10.
- 20 000 nelékařů zprostředkováním účasti na konferencích a seminářích.
- 1 000 nelékařů pracujících v oblasti zubní péče.



Ilustrační foto: Shutterstock



# Špatně placené plomby? To přeci není věc politiků

Věci veřejné se ostře postavily proti možnosti vyřadit amalgámové plomby z veřejného zdravotního pojištění. „Když nám lidé nadávají, že jsme neschopní, tak aspoň toto pro ně musíme udělat,“ vysvětluje postoj strany její zdravotnický expert **Jiří Štětina**.

**Věci veřejné odmítly vyřazení amalgámových plomb z úhrad veřejného zdravotního pojištění. Proč jsou pro vás zubní výplně tak důležité?**

Důvody jsme měli hned dva. Základem této otázky je stanovení standardu a jeho nároky. Co jiného než zubní kaz je nejzákladnější a nejběžnější onemocnění zubu? Dostávám mnoho e-mailů, ale ani jeden, který by mi za to nadával. Napsal mi i jeden genetik a tvrdí to samé co já. Je to standard a na něj má každý nárok. Nehovořím o sociálních dopadech. Černá plomba je prostě základ. Víím, že je to špatně placené, 200 korun je opravdu málo, náklady činí minimálně 400 korun, ale probaha, to není věc politiků. To je věc České stomatologické komory, aby při dohodovacím řízení domluvila to, co zubařům chybí. Opravdu nelze, abychom řekli, že si každou plombu zaplatí občan.

**Jak ale odrazíte argumenty, které poukazují na to, že lidé mohou vznik zubního kazu ovlivnit? Že přímá platba celkově sníží počet kazů a pomůže prevenci.**

Já si zuby čistím a kazy mám také. Pan prezident ovšem řekl, že si je zřejmě čistím špatně, takže jsem asi blbec. Já mám zuby špatné od 15 let. Můj dentista mi tehdy říkal: „Štětko, ty budeš ve čtyřiceti letech bezzubý.“ Takže úplně s tímto argumentem souhlasit nemohu.

Druhá věc je, že jsem byl členem expertní skupiny, která připravovala program zdravotnictví. Účastnili se ho zástupci ODS, TOP 09 a Věcí veřejných. A nevzpomínám si, že by někdo předložil do expertní skupiny návrh, aby si občané plomby platili. Takže si myslím, že to vzniklo v souvislosti s finančními problémy stomatologů a také tím, že chybí deset miliard korun. Pan ministr byl zřejmě ovlivněn svými spolustraníky a věděl, že v této oblasti dokáže najít dvě miliardy. Ale to nemůžeme dopustit.

Prostě, když nám ti lidé nadávají, že jsme neschopní, tak aspoň toto pro ně musíme udělat. Aby si as-



Foto: Postlanecká sněmovna PCR

poň v tomto případě řekli, že nejsme tak blbí, jak si o nás myslí.

**Neobáváte se reakce zubařů? Že nebudou uzavírat smlouvy s pojišťovnami a stejně budou chtít po lidech hotovost?**

Já s tím problémy nemám – jestliže to takto udělají, mají na to plné právo. Když půjdu k zubaři jako občan a on mi řekne, že si mám něco zaplatit, nebudu mu odporovat. Ale jako politik nemůžu dovolit, abychom to uzákonili.

**Proč jste si ale vybrali zrovna plomby? Vždyť spoluúčast stejně vzroste o 5 procent, na 22. To vám nevádí?**

Zvyšování spoluúčasti je nutnost. Na reformě systému se musí podílet všichni. Každý bude muset změnit své chování. Lékařům se také nebude líbit, že se budou muset chovat efektivněji, že by měli psát rozumně léky. A musíme si uvědomit, že Česká republika má v současné době spoluúčast kolem 16 procent, což je téměř nejméně z okolních zemí. Na K9 jsme se shodli, že spoluúčast musí růst, a to i za cenu toho, že roste DPH a že všechno bude dražší. Samozřejmě chápou, že člověk jako

já to má jednodušší. Jsem zdravý a nepotřebuji péči, mohu pracovat a k tomu mám ještě důchod, žiji si jako král. Ale nikde není psáno, že je to trvalý stav. Vždyť onemocnět můžu ze dne na den. Spoluúčast je nutná, ale chceme ji zvýšit pozvolna. Do jednoho roku o jedno procento, za další dva roky o dvě a tak dále. Navíc musíme zajistit, aby odpadly různé nekalé praktiky jako například komplementační firmy, musíme zajistit nakupování na burzách – pak bychom opravdu ušetřili.

**Ale zatím jste to nezajistili. Zvyšovat spoluúčast a „neucpat“ tyto díry, je trochu kontraproduktivní.**

Ministr zdravotnictví Leoš Heger má vydanou vnitřní směrnici jak postupovat. Směrnice je naprosto logická, takže se domnívám, že se to začíná zlepšovat. Různé holdingy a krajské nemocnice se snaží ze zdravotnického systému dostat spoustu peněz. Na K9 jsme se shodli, že chceme ušetřit pět miliard na lidech a pět ve vnitřním systému. Korupce je vlajková loď Věcí veřejných. Určitě ji budeme sledovat. Druhá věc je digitalizace, tam je také prostor pro úspory.

**Strategie ale je jedna věc, její účinnost druhá. A právě tu různí odborníci poměrně dost kritizovali...**

Je třeba najít systém, který bude úspornější a nebude stát na principech nějaké kongresové turistiky, jako tomu bylo doposud. Musíme zefektivnit lékovou politiku a Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) v tom musí hrát zásadní roli.

**Neměla by se kontrola SÚKL zefektivnit? Nemělo by MZ důsledněji zasahovat do jeho fungování?**

Mám dobrý vztah s ředitelem SÚKL panem Benešem a nemohu říct, že by byl nějak zadobře s ministerstvem. Je to sice přímo řízená organizace, ale nemá takové slovo, jaké by si zasloužila. I SÚKL ovšem připravuje určitá opatření a situace v lékové politice by se měla od příštího roku zlepšit.

**Kritizovány bývají zejména revize, které SÚKL neplní tak, jak mu ukládá zákon. Jak na to reagujete?**

Chybí jim zhruba 40 procent léků, ale to nejsou ty podstatné. Ředitel SÚKL již několikrát řekl, že ty podstatné už dávno zrevidovali. Nyní už k tak velkým úsporám nedojde, za tři roky to budou maximálně tři miliardy korun. A to střílím spíše od boku. Na to, aby SÚKL dělal revize každý rok, nemá lidí. Kdybychom věděli, že revizemi léků se ročně ušetří 3 až 4 miliardy korun, vyplatilo by se přijmout sto lidí, ať je dělají, a zaplatit za to třeba 100 milionů. Ale tak velké úspory to podle mě nepřinese.

**Velkým tématem je standard a nadstandard. Ministr zdravotnictví chce, aby o něm rozhodovali profesori z České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Věci veřejné žádají, aby to byla Česká lékařská komora. Ta však v posledních měsících čelí kritice, že se z ní stala spíše odborářská organizace...**

Myslím, že to je velký problém. Jsem jeden ze zakládajících členů ČLK a je pro mě nepříjemné, aby-

## ROZHOVOR

chom zakázali povinné členství. Je pravda, že se komora v posledním roce chovala jako odborová organizace, a tak by to rozhodně být nemělo. Ze zákona je to stávková organizace, která má dbát o kvalitu péče. Vážím si ale všech, kteří v ČLK jsou a kteří se dívají na celou problematiku veliceově. Komora nám ovšem vždy vyšla vstříc, využíváme její informace, často nám poskytovala mnohé podklady. Je třeba připomenout, že velkou roli v akci „Děkujeme, odcházíme“ sehrál Vít Bárta. Jako první začal s Českou lékařskou komorou jednat a podařilo se mu otupit prvotní ostří.

Napsat standard je velmi složitá věc, nemohou to být *guidelines* jako ve Spojených státech. Myslím si, že by standardy měly dělat odborné společnosti ve spolupráci s lékařskou komorou. A proč právě s ní? Je to jednoduché – všichni lékaři, kteří poskytují zdravotní péči, jsou členy ČLK.

**Ale mnoho lékařů jejími členy být nechce a požadují, aby povinné členství bylo zrušené. Podle průzkumu společnosti Inres-Sones jich tento názor zastává více než polovina.**

Já to číslo neznám, ale pokud je to půl na půl, pak jde samozřejmě o věc domluvy. ČLK nemusí mít povinné členství, může mít třeba povinnou registraci. Někjaká kontrola však určitě být musí.

**S tím souvisí i debaty, zda by měl být standard uzákoněn, nebo zda postačí úprava formou vyhlášky...**

Na standard má nárok každý pacient. Vy si můžete dát například obyčejnou endoprotézu a za deset, patnáct let potřebujete novou. Pokud budete chtít mít klid, připlatíte si a ta kvalitnější vám vydrží rovnou 40 let. Budete chtít něco lepšího a to je nad nárok. Hlavní problém je jak to udělat. Věřím v tomto ohledu Borisi Šťastnému, což je předseda sněmovního výboru a v hlavě to má srovnané. Myslím si, že nárok by měl být vydán formou zákona. Musíte mít v časovém období a v místě dostupnou péči.

**A co legislativa, konkrétně nárok na bezplatnou péči a poskytování nejmodernější možné péče?**

Mělo by to být vyjmuté, nejmodernější je zároveň nejdražší. Právo na bezplatnou zdravotní péči je klišé, zdravotnictví totiž není bezplatné. My se bez navýšení spoluúčasti neobejdeme.



# Konec laborantů v Čechách?

V pracovním návrhu vyhlášky o personálním vybavení zdravotnických zařízení není ani zmínka o zařazení laboratorních asistentů na jakémkoli pracovišti. Nabízí se tedy základní otázka: Co vlastně budou dělat absolventi tohoto oboru?

V současné době se objevují požadavky profesních organizací na zrušení oboru laboratorní asistent na středních školách a zároveň probíhá vnitřní připomínkové řízení ke zmíněné vyhlášce. Střední zdravotnické školy přitom tyto pracovníky chrlí a ještě nějaký čas je – i po případném zrušení oboru – chrlit budou.

## Bez dohledu ani ránu

Obory laboratorní asistent, ale i zdravotnický asistent se po roce 2004 na základě zákona č. 96/2004 Sb. staly snad jedinými, které po ukončení středoškolského odborného studia zakončeného maturitní zkouškou produkují nesamostatné pracovní síly. Těžko si lze představit např. absolventa střední průmyslové školy stavební či strojní nebo střední pedagogické školy (učitelka v mateřské škole), že by pracoval pod odborným dohledem. Důvodem, který se uvádí na obhajobu zavedení práce laboratorního asistenta pod dohledem, je zaklínání se požadavkem Evropské unie. Není to opodstatněné, protože laborant (ať už laboratorní asistent, diplomovaný zdravotní laborant nebo bakalář) nepatří mezi regulované obory. V EU totiž existují pouze dva regulované zdravotnické obory, a to všeobecná sestra a porodní asistentka. Ostatní obory jsou v národních kompetencích. Zavedení práce pod dohledem přináší komplikace jak pro provoz laboratoří, tak pro samotné absolventy. Laboratoře mu-

sejí zajišťovat pracovníky, kteří by na laboratorního asistenta dohlíželi a nesli za jeho práci zodpovědnost.

## Popelka mezi obory

Sám laboratorní asistent – absolvent – do pracovního procesu nijak nespěchá, protože je mu „doživotně“ přiznána 7. platová třída, z níž na rozdíl od zdravotnického asistenta, který může být zařazen do 7. až 9. platové třídy, nemá úniku. Vzhledem ke zkušenostem s obsahem vzdělávání laboratorních asistentů a zdravotnických asistentů je navíc nutno zdůraznit, že při srovnání těchto studijních oborů je studium laboratorních asistentů významně náročnější než těch zdravotnických. Toto lze velmi jednoduše ověřit porovnáním změn, které se udály v učebních dokumentech v roce 2004, kdy byly osnovy pro obor zdravotnický asistent významně zredukovány a naopak u laboratorních asistentů inovovány a k tomu byly aplikovány modernizace v oboru.

K diskriminaci laborantů ovšem dochází i přímo v praxi, kdy jsou ve vedení nemocnic vždy zastoupeny sestry (hlavní sestra nemocnice), ale laboranti zpravidla žádné zastoupení nemají. Dokonce i vláda či média, hovoří-li o zdravotnických pracovnících, většinou užívají termín lékaři a sestry, jako by žádné další obory ve zdravotnictví nebyly. Od září 2011 se laboratorní asistenti (LAA) začínou vzdělávat podle školních vzdělávacích programů, na kterých učitelé odborných předmětů strávili



Ilustrační foto: Shutterstock

mnoho hodin času. Pokud by byl obor LAA zrušen, veškerá tato práce by byla zbytečná. Mrhání silami pedagogů se ale v naší zemi již stalo zažitým folklórem.

## Matoucí a diskriminující označení

Zdá se až směšné, že dalším problémem je hledání nového názvu pro středoškolsky vzdělaného laboranta. Historicky byl zdravotní laborant vždy absolventem střední zdravotnické školy. Se zavedením studia na VOŠ a VŠ byl tento název těmito školami převzat a na střední školu přišel název laboratorní asistent. Pro veřejnost bylo toto označení jednak matoucí („asistent“ znamená v jejich očích podřadnou činnost), jednak degradující (asistent „někoho“). Přitom pro odlišení stačilo, aby absolvent VOŠ měl titul DiS. a absolvent VŠ titul Bc. Pokud by se toto mělo stát důvodem pro zrušení oboru laboratorní asistent, a to bez náhrady, lze vymyslet jiné názvy, např. laborant ve zdravotnictví.

Vzhledem k tomu, že mám možnost mluvit s vedoucími pracovníky (primáři, vrchními laboranty) různých oddělení, kteří jasně žádají pouze vrátit laboratorní-

mu asistentovi kompetence samostatného pracovníka, nevím, z čeho zástupci profesních organizací vycházejí, když prosazují zrušení oboru LAA jako nejvhodnější řešení.

## Na cestě k zániku

V roce 2004 došlo transformací středoškolského oboru zdravotní laborant na obor laboratorní asistent k fatální chybě, před kterou již tehdy prozíravě varovali nejen ředitelé zdravotnických škol, ale i odborná veřejnost. Dnes se přesužíváme o opodstatněnosti těchto varování. Inteligentní člověk by pak předpokládal, že zjistí-li se, že zvolená cesta není správná, vrátíme se na cestu správnou a mnohaletými zkušenostmi ověřenou. Tak to ale v našem státě nechodí. Naopak se má šmahem zrušit obor laboratorní asistent na střední škole.

Výsledkem bude dražší vzdělávání laborantů, navíc takových, kteří budou spíše teoretiky než praktiky. Technika, kterou si školy musely pořídit na vzdělávání laborantů, bude buď zastarávat, nebo se rozprodá či vyhodí. Cesty návratu zpět pak už pro školy nebude. Navíc na VOŠ studují studenti, z nichž téměř polovina přichází

ze střední školy z oboru laboratorní asistent. Studentů na VOŠ je dnes tak málo, že pokud v oboru diplomovaný zdravotní laborant ubude 50% zájemců o studium, nebudou mít VOŠ v tomto oboru koho vzdělávat a samotné náklady na studium jednoho absolventa se tak školám ještě více prodraží. Může se i stát, že tento obor zcela zanikne.

## Volání, jež nikdo neslyší

Zachování systému vzdělávání na třech úrovních (SŠ, VOŠ, VŠ) je zcela jistě žádoucí. SŠ vzdělání dostatečně zajišťuje kvalitní laboranty, což lze doložit dlouholetou tradicí a dobrými pracovníky, absolventy tohoto studia. Navíc je středoškolské vzdělání pro stát ekonomicky výhodné (kratší doba studia, menší mzdové náklady než u absolventů VOŠ a VŠ), ne všechna pracoviště (hematologie, transfúzní služba, histologie, mikrobiologie, imunologie a epidemiologie) jsou postavena jen na ovládnutí velmi složité techniky a automatizaci. Naopak vyžadují především zručnost a praktické dovednosti. Ale i v oborech, jejichž pracoviště jsou vybavena vysoce moderní technologií (např. klinická biochemie), středoškolsky vzdělaní laboranti nepracující pod dohledem byli a jsou důležitou součástí pracovního kolektivu.

Po středoškolském studiu vycházeli ze škol profesionálové. Důvodem bylo vhodné rozložení požadavků do praktické a teoretické části výuky umožňující podchytní praktičtější orientovaných žáků, kteří by na kvalitním gymnáziu neobstáli, ale pro své praktické dovednosti jsou ve výkonu profese úspěšní. Proto zrušení oboru laboratorní asistent znamená naprosto mrhání státními financemi, ale i lidským potenciálem. Každému rozumně uvažujícímu člověku se jako jediné možné řešení musí jevit zrušení podmínky zákona č. 96/2004 (§ 30), která umožňuje výkon povolání laboratorního asistenta pouze pod odborným dohledem, případně ji alespoň zmírnit umožněním práce bez dohledu po zapracování, například po 6 měsících až jednom roce praxe. Proto na toto riziko upozorňují i Asociace ředitelů zdravotnických škol a samotné zdravotnické školy, proto volají po návratu osvědčeného způsobu vzdělávání laborantů před rokem 2004. Zatím se zdá, že jejich volání nikdo neslyší.



Ilustrační foto: Shutterstock



# eRecepty vyžadují složitější infrastrukturu

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) s velkou slávou uvádí systém eReceptů a s ním i několik nepravdivých informací. Jako zástupce rodinné společnosti provozující dvě menší venkovské lékárny a distribuci léčiv na jihu Moravy se důrazně ohrazuji proti opakovaně uváděným nepravdám ze strany SÚKL týkajícím se připojení zdravotnických zařízení do systému eReceptů.

V první řadě není pravda, že zdravotnickému zařízení postačí k zapojení do systému pouze zaručený elektronický podpis. Spousta lékáren odmítá zapojení do tohoto systému z důvodu porušování řady zákonů. Na základě tohoto postoje a díky provozovatelům těchto lékáren byly ze systému postupně odstraněny nezákonně sbírané citlivé a osobní údaje o pacientech a zaměstnancích, zůstal však zásadní problém pro samotné provozovatele lékáren.

## „Zóna nikoho“ neexistuje

SÚKL po lékárnách vyžaduje instalaci síťového hardwarového zařízení (tzv. router), které prý zabezpečuje připojení do centrálního úložiště receptů. Jinými slovy – pro připojení zdravotnického zařízení (minimálně tedy lékárny) musí provozovatel instala-

lovat do své vlastní síťové infrastruktury hardwarové zařízení, nad nímž nemá žádnou kontro-

lu a u něhož není jasné, komu vlastně patří a kdo za jeho provoz zodpovídá. Argumenty SÚKL,

že router není součástí síťové infrastruktury zdravotnického zařízení, jsou liché, protože vše, co je mezi přípojným bodem poskytovatele a prvním síťovým zařízením firmy, je síťovou infrastrukturou, a takové prvky tedy nelze zařadit do jakési „zóny nikoho“.

## Nesmyslně náročné řešení

Žádná jiná státní instituce navíc nepoužívá tak technicky a finančně náročné řešení jako SÚKL. Tam, kde dnes stačí elektronický podpis a internetový prohlížeč (odesílání daňových přiznání, přehledů sociálního pojištění, správa bankovních účtů), SÚKL využívá řešení, které stojí tisíce korun pro každého uživatele a hlavně jej ani nadprůměrně zdatný uživatel nevládne provozovat. Přitom míra potřebného



Ilustrační foto: Shutterstock

zabezpečení je ve všech těchto případech stejná.

Pro vybavení zmiňovaným hardwarovým zařízením rovněž neexistuje ovšem žádný zákonný podklad, SÚKL ale i tak na základě jeho absence uděluje provozovatelům lékáren sankce. Tato správní řízení v současné době směřují k nezávislému soudu.

## Zbytečně vynaložené miliony

Zároveň se musíme zastat výrobců lékárenských systémů, protože není pravda, že systém eReceptů začali do svých produktů implementovat až koncem roku 2010. Tato funkčnost je v systémech od konce roku 2009. Lékárny, které v roce 2010 nechtěly riskovat správní řízení a pokuty, musely odeslat informace o vydaných receptech a s nimi i citlivá data o svých pacientech již v průběhu celého roku – a to by bez odpovídající funkčnosti lékárenských systémů nebylo možné.

Velmi bychom ocenili spuštění systému eReceptů, avšak musel by se pohybovat v zákonném rámci. Současná situace, kdy SÚKL lživými informacemi mate veřejnost, jen navazuje na jeho šikanózní chování, s nímž se setkává řada provozovatelů jen a pouze proto, že odmítají instalaci nesmyslného zařízení, které nás stát zbytečně stálo desítky milionů korun.

Ing. Filip Debeř  
ředitel s. r. o. Cymrex

## Zábavná talkshow o eutanazii a kšeftu s orgány

Profesor Pavel Pafko v televizní talkshow Karla Šípa „Všechnopárty“, premiérově vysílané v pátek 10. června, obhajoval dva ze svých kontroverzních názorů. Zatímco ten na eutanazii bych s výhradami akceptovala, s postojem k obchodování s lidskými orgány si dovolím polemizovat.

„Všichni známe historii Jana Palacha. Tím, že se upálil, povýšil v mých očích hodnotu svého přesvědčení nad hodnotu svého života. U něj šlo o svobodné rozhodnutí. Uznám-li svobodné rozhodnutí člověka za nejvyšší hodnotu, pak mohu přijmout i eutanazii,“ vysvětlil profesor Pafko, proč je zastáncem usmrcování pacientů v terminálním stadiu nevléčitelých onemocnění pro zkrácení jejich utrpení, pakliže se k tomu svobodně rozhodnou. A zní to docela logicky. „Kvalitu života v terminálním

stadiu musí posoudit nositel toho života, nikoli nějaká komise,“ dodal pan profesor. Stejně argumenty a podobná slova použil k obhajobě eutanazie již před deseti lety v interview s Václavem Moravcem pro BBC, jeho postojům tedy nelze upřít konzistentnost. A ani eleganci, s níž vzápětí odpálil přídrzlou provokaci moderátora, jestli by „pomohl“ člověku, který by ho na Václaváku požádal o nějakou injekci, protože už nechce být na světě. „To by pak jeho právo na svobodné rozhodnutí narazilo na

moje právo svobodně se rozhodnout, jestli mu tu injekci dám, nebo ne.“ Hezká klička.

## Ledvina jako platidlo

Moderátor zábavného pořadu raději otevřel jiné téma – orgánové transplantace. Ukázalo se, že průkopník transplantací plic u nás nepovažuje za nemorální, když lidé v chudých částech světa získávají prostředky na drahé lékařské zákroky nebo studium dětí prodejem svých zdravých orgánů. Byl prý v Pákistánu, mnoho tamních obyvatel mu ukazovalo

jizvy na zádech po odebrání zdravé ledviny a on na tom neshledává nic špatného, „jestliže takový Pákistánec nemá jiné prostředky a chce zaplatit svému dítěti operaci nebo školu“.

Jistěže by se dalo diskutovat o tom, z jakého úhlu a čího hlediska na morálku nahlížet. Rodič, který pro život, zdraví nebo lepší budoucnost svého dítěte obětuje ledvinu, se jistě chová vysoce mravně. Snad to pan profesor takto i myslel. Jenže také ví, že když matka příroda u člověka zdvojnásobila některé klíčové orgány, sledovala tím zvýšení šancí na přežití, pokud by jeden z těch orgánů byl zničen úrazem nebo nemocí. Proto máme dvě plíce, dvě ledviny i dvě uši zachycující signály o blížícím se ohrožení. Orgány, které bychom podle této logiky měli mít dvojmo, ale nemáme, například játra, jsou zase nadány vysokou regenerační schopností. Dobrovolně se vzdát jednoho z párových orgánů znamená vystavit se nebezpečí. Proto společnost, v níž se lidé z eko-



Ilustrační foto: Shutterstock

nomických důvodů nemohou chovat mravně, aniž by riskovali život, morální určitě není.

Nabízí se však ještě jedna otázka: Nakolik je morální ohrožit likvidací ekonomických motivů programy orgánových transplantací, v nichž se rozevírají nůžky mezi poptávkou po orgánech a jejich nabídkou? Diskuse o tomto problému by se však měla odehrávat jinde než v zábavné televizní talkshow.

Ivana Staňková

## NÁZORY

## Letní prenatální zamyšlení

*Interuptio graviditatis* = přerušení těhotenství, jedno z nejčastěji diskutovaných témat. Předmětem polemiky je nejen samotné provedení úkonu, ale i související a mnohdy ne zcela jednoznačné průvodní otázky.

Potrat ano, či ne? Má na něj žena právo? Má žena právo se takto sama rozhodnout? Uvědomuje si veškerá fyzická a psychická rizika? Tyto diskuse jsou zpravidla směřovány k umělému přerušení těhotenství (UPT), kdy těhotenství nepřesahuje 12 týdnů počínaje prvním dnem poslední menstruace. Česká republika se řadí do části světa s tzv. liberální potratovou politikou, kde je interrupce v tomto počátečním období ponechána na svobodném rozhodnutí ženy, na něž má právo dle Listiny základních práv a svobod. Možnost svobodně se rozhodnout o ukončení těhotenství rovněž koresponduje s definicí zdraví dle WHO, kdy nechtěné těhotenství znamená narušení mentálního a sociálního blaha.

## Rána z čistého nebe

Přes všechna práva a listiny je to vždy nelehká volba. Nechci se zabírat otázkou, co ženu k takovému rozhodnutí může vést, ani otázkou, jaká rizika přináší. Tuto situaci žena řeší na samém začátku těhotenství, kdy ještě nepozoruje fyzické změny na svém těle, není zcela ztotožněna s rolí matky, ještě se netěší z každého pohybu uvnitř kulatého břicha. Jelikož

si je vědoma zákonného nároku na UPT do 12. týdne, může si v případě jakýchkoli pochybností svobodně zvolit cestu. Psychické zatížení žen, které uvažují o přerušení těhotenství, je jistě veliké na jeho samém počátku, mne však oslovila etická otázka trudného údělu žen, u nichž lékař vyřkne neúprosný verdikt s jednoznačným závěrem – těžké genetické poškození plodu. Tedy žen, kterým zákon umožňuje volit život nebo usmrcení svého dítěte (čili umělé přerušení těhotenství) v pokročilém stadiu gravidity, konkrétně do konce 24. týdne. Představte si, že jste žena, která je šťastná, protože se jí splnil sen – čeká s partnerem dítě. Moc se na něj těší, tolik si ho přáli. Konečně může partnerovi ukázat těhotenský průkaz, konečně je na ultrazvuku vidět srdíčko, dostaví se první těhotenské nevolnosti. Pomalu přibývá na váze, břicho začíná být viditelné, okolí registruje její těhotenství. A v tom přijde zpráva: „Genetická vyšetření, která jste prodělala, jednoznačně potvrdila těžké genetické poškození plodu. Vzhledem k závažnosti poškození vám navrhuji možnost umělého přerušení těhotenství.“

## Mnoho otázek, málo odpovědí

„Co prosím? Mám nechat zemřít dítě, na které se tolik těším? Dítě, na které se tolik lidí těší se mnou? Nemohli jste se splést? Jak to řeknu partnerovi?“ Posléze se roztáčí nekonečný kolotoč otázek – odpovědi na ně mají usnadnit rozhodnutí, avšak paradoxně je ztěžují. Co se stane, když se pro přerušení nerozhodnu? Má šanci na život? Jak dlouho může žít? Kdybych se rozhodla si Jenička nechat, jak bude vypadat? Změní mi život? Jak změní život nám – mně a partnerovi? Budeme mít dost síly se o něj stále starat? Ale vždyť je náš, tak ho přece nemůžu dát pryč... Teď jak se rozhodnout. Dát na doporučení lékaře, dovolit ukončit život človíčka, s nímž jsem se již tolik sžila? Ano, určitě se to od ní očekává. Společnost to očekává. Určitě je to pro společnost výhodnější, levnější, snadnější. Proč vůbec žena tuto možnost připoustí? Asi také proto, že sama neví, jestli bude mít tolik síly a odpovědnosti provázet životem dítěte, které výrazně nebude splňovat očekávání její rodiny ani společnosti? Dítě, které na ní bude plně závislé, dítě, které nikdy samo nepo-

vede plnohodnotný život a kvůli němuž i její život nabere naprosto odlišný směr, než ve který do této chvíle doufala. Dítě, které svým životem zatíží životy všech blízkých, chodí celé rodiny. Dítě, jež bude vzbuzovat ne vždy zrovna příjemnou pozornost svého okolí. Budu mít na to všechno dost sil? Budu mít stálou podporu partnera? Je můj svazek s partnerem tak silný, aby tohle všechno unesl? A co když se i v dnešní, pokročilé medicíně spletli a přijdu o zdravé dítě? Zabiji zdravé dítě?

Sama si neumím představit všechny otázky, které takové mamince probíhají hlavou a na něž si musí najít odpověď. Najít odpověď? Jde to vůbec? Přikláním se k vyhodnocování odpovědí na „spíše ano“, a „spíše ne“, kdy se žena rozhodne na základě většinových odpovědí. Ale co když si odpoví špatně?

## Zanedbaný postabortivní syndrom

Jak bych se v takové situaci zachovala, nevím, nikdy jsem ji nezažila. Zároveň mi něco uvnitř brání o tom plně přemýšlet, abych si takové rozhodování náhodou nepřivolala, přestože další děti již neplánuji. Právě, neplánuji. Mezní rozhodování o ukončení těhotenství v takto pokročilém stadiu musí být pro ženu nesmírná psychická zátěž, dopad postabortivního syndromu jí ovlivní život současný i budoucí. Avšak, už se možná roz-

hodla, možná už zvolila a břemeno rozhodnutí s sebou ponese po celý zbytek života. Ať už jde o rozhodnutí pro „život“, či pro „smrt“.

Když jsem se o toto téma začala zajímat více, překvapilo mne (a mohu říci, že i zklamalo) zjištění, jak málo literatury se věnuje ukončení těhotenství ze zdravotní indikace v pokročilém stadiu těhotenství. Rovněž se domnívám, že se praxe nedostatečně zabývá psychikou žen, které jsou v těchto stadiích těhotenství v nemocnici na pokojích spolu se ženami, jež plánují umělé ukončení těhotenství v počátečních stadiích. Neměli bychom se zamyslet také nad tímto? Je tato skutečnost etická?

Z několika pobytů v nemocnici na takovýchto pracovištích si dovoluji udělat ještě jeden závěr, a to že se v praxi málo věnuje sledování a léčbě postabortivního syndromu. Smutné, leč dle mého názoru pravdivé. Toto vnímám jako doménu pro uplatnění zkušených a empatických sester, které by mohly psychickou zátěž pacientky alespoň po dobu jejího pobytu v nemocnici cíleně zmírnit. Eliminovat se ji rozhodně nepovede, na to ani empatická sestra nestačí. Možná namítnete, že pacientka není jen v péči sestry, ale i lékaře a může využít také pomoc psychologa. Nechci zpochybňovat péči ani jedné z těchto profesí, ale je skutečně realita taková, že žena s postabortivním syndromem je vždy v péči empatického lékaře a psychologa? Měli bychom se nad tím zamyslet, určitě je co zlepšovat.

Hana Machoňová  
vrchní sestra, Santé, s. r. o.

O *Escherichii coli* kdekoli

Lidstvo se zabývá mnoha činnostmi, které lze považovat za zbytné. S neustálým propojováním celého světa, ať již pomocí internetu či letecké dopravy, si totiž poněkud zkomplikovalo život a je jen otázkou času, kdy se přestane věnovat zmiňovaným zbytným činnostem, začne chránit samo sebe a především přestane řezat větev, na které samo sedí.

Prima fráze, co říkáte? Svět ovšem aktuálně skutečně můžeme vnímat jako celistvý organismus. Je propojený různými tepnami, žilkami a cévami, které přenášejí to či ono z jednoho konce na druhý. U lidí je to zařízeno tak, že pokud se do těla dostane něco špatného, má někde připravený orgán nebo mechanismus, který špatnost potlačí. Nebo zlikviduje. Světový organismus však takové orgány vymýšlí a uvádí v činnost až ve chvíli, kdy

je špatnost na světě a čile začíná terorizovat, ne-li přímo likvidovat jednotlivce.

## Svět není černobílý

Stejně je to aktuálně s bakterií druhu *Escherichia coli*. Nějak mrška zmutovala a tropí v Evropě pěknou paseku. Což by mohla být legrace, kdyby se za tou větou už neskrývali mrtví a řada nakažených strmě nestoupala. V době, kdy píšu tyto řádky, je jasné, že španělské okurky viníky nejsou.

Jsou sice podezřelé, ovšem nejen ty z Pyrenejského poloostrova. Podezření mají hygienici také na rajčata nebo na hovězí. Ale i voda může být nakažená a přenášet ji mohou třeba mouchy.

A že svět není černobílý, nám potvrzuje také *E. coli*, jak se jí zkráceně říká. Většina jejích druhů je totiž nepatogenních, ba v jistém množství člověku prospěšných, neboť ve střevech pomáhá s trávením. Přesto se teď budeme připravovat na bitvu s ní. Potra-



Ilustraci foto: blogspot.com

viný bychom si měli omývat nejméně dvacet sekund pod tekoucí vodou, nácíní, se kterým krájíme maso či zeleninu, bychom už neměli používat na přípravu dalších pokrmů nebo ho opět předtím pečlivě omýt. Mýt ruce bychom si měli vůbec pečlivěji. A to

i přesto, že pan prezident označil „okurkovou infekci“ za uměle vytvořený cirkus. V cirkus se zpravidla smějeme či se obdivujeme výkonu „světských“. Doufejme, že nám v tomto případě nezmrzne úsměv na tváři.

Martin Ježek



2010

DIVADLO KOMEDIE

2011

Peter HANDKE

# Podzemní blues

Martin FINGER a Boleslav POLÍVKA se v režii Dušana D. PAŘÍZKA prostřednictvím textu jednoho z nejlepších autorů současnosti zaměřují na politický a společenský marasmus našich dnů, aniž by zapomínali na existenci úsměvu.

Česká premiéra 25. června 2011

Prozatím jediné pražské reprízy se budou konat 27., 28. června a 1. července 2011



Divadlo Komedie, Jungmannova 1, Praha 1, tel: + 420 224 222 484-5, [www.prakomdiv.cz](http://www.prakomdiv.cz)

mediální partneři:

RESPEKT

RADIO 1:  
97.9 FM

KamvPraze.cz

PRAGUEOUT.CZ

divadlo.cz

A2

Činnost Pražského komorního divadla v Divadle Komedie podporuje hl. m. Praha příspěvkem ve výši 14,5 mil. Kč

PRAGA  
PRAGUE  
PRAGA  
PRAG

# Fakultní nemocnice Motol otevírá supermoderní dětský pavilon

Roboti křižující nemocniční koridory, čtečka obličejů pro odblokování operačních sálů, čipy, které monitorují malé pacienty, nejmodernější přístroje... Tak vypadá právě otevřený dětský pavilon ve Fakultní nemocnici Motol.

Fakultní nemocnice Motol otevřela nově zrekonstruovaný dětský pavilon. A rozhodně se má s čím pochlubit. Klasické nemocniční prostředí je potlačeno, děti ihned v přijímací hale zaujmou přátelské barvy a usměvavé pohádkové postavičky na zdech. A i když to bude ve spojení s nemocnicí znít zvláště, člo-

věk uvěří, že malý pacient se zde skutečně může cítit příjemně. Malůvky a nové sedačky ve vstupní hale však nejsou tím hlavním důvodem, proč si rekonstrukce zaslouží pozornost. Díky otevření jednoho nového pavilonu a opravě dvou dalších totiž vznikl komplex centrálních operačních sálů na světové úrovni. Nový heliport

na střeše zase urychlí transport malých pacientů na maximum – z vrtulníku přímo na operační sál se dostanou za 50 vteřin. Modernizace, která nemocnici dostala na úroveň nejlepších zařízení světa, stála přes 4,5 miliardy korun. Většinu peněz zaplatil stát, nemocnice přidala asi 200 milionů korun ze svého rozpočtu.

## Srdce nemocnice

Budova tzv. dětského monobloku byla dostavěna v roce 1970, a to se všemi vadami tehdejšího stavebnictví. Ještě v roce 2003 byly pavilony A a D téměř na spadnutí. Opadávání omítky na denním pořádku, časté havárie stoupaček a topení, okna netěsnila, propadaly se podlahy. Na balkony se nesmělo vstupovat. Spočítalo se tedy, kolik by stála razantní přestavba, a připravil se rozpočet ve

výši několika miliard korun. Jenže krátce před tím skončila rekonstrukce části pro dospělé a nikdo nechtěl ani slyšet, že by do Motola šly další peníze.

Za necelé dva roky se to však přeci jen podařilo a začalo se bourat. Zakázku získala společnost Metrostav a jako první se pustila do rekonstrukce energocentra. „To je na celé věci nejdůležitější, jedná se v podstatě o takový motor našeho zařízení, ohromné sály s agregátem, které pohánějí celou nemocnici. A i když všude jinde budou bez proudu, nám toto centrum elektrinu zajistí,“ popisuje šéf nemocnice JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA.

## Nový heliport – motolská pýcha

50 vteřin – přesně za takovou dobu jsou zdravotníci schopni dopravit dětského pacienta až na operační sál. U dospělého to trvá zhruba o tři minuty déle. Umožňuje to nový heliport, který vznikl na střeše dětského pavilonu. S operačním sálem je spojen výtahem, dospělý musí zvládnout ještě cestu tunelem. I tak ovšem doprava přímo na sál trvá maximálně 4 minuty. Sanitka již nebude muset jezdit až na Vypích, kde dosud vrtulník záchranné služby přistával. „Heliport nám chyběl k tomu, abychom byli uznáni za plnohodnotné traumacentrum,“ chválí si ředitel Ludvík.

Počet lůžek se však na základě rekonstrukce nezvyšoval, spíše naopak. Dětské oddělení bylo zredukováno o 200 postelí. Dříve byly standardem 3–5lůžkové pokoje, dnes jsou třílůžkové pokoje maximum. „Máme pokoje spíše po jednom až dvou, samozřejmě s rodiči,“ popisuje Miloslav Ludvík.

## Bezpečnost zvýší čipy

Nejmodernější technologie v budoucnu ohlídá i samotné pacienty.



Pohled na JIP



Operační sály

## Kříž pro život

Dětskou část FN Motol představuje budova tvaru kříže, jehož jednotlivá ramena mají názvy podle velkých písmen abecedy – A, B, C, D. Střed, kde se jednotlivá ramena kříží, je označen S. Je to vlastně centrální uzel, kde probíhá veškerá komunikace tohoto souboru budov a na kterém je závislý provoz všech ostatních součástí. V červnu 2006 se začalo rekonstruovat také křídlo C. Součástí této fáze přestavby byl právě i střed, tedy nejkomplicovanější úsek, současně se upravovaly i podzemní chodby, jež opisují oblouk okolo pavilonů A, B a C. Slouží k instalačním cestám a pro automatický vozíkový systém. Další etapa byla zahájena v roce 2008, týkala se operačních sálů, křídla lůžkového oddělení a technických částí. I ta byla prováděna za plného provozu.



V čekárně u rtg a CT



## ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ



**Heliport je chloubou nemocnice**

Zatím děti dostávají náramky, na kterých je informace o jejich diagnóze a jméno. Vedení ale počítá s tím, že dostanou kolem ruky čipy, které po přiložení čtecího přístroje prozradí o pacientovi vše podstatné. Měly by také zajistit, aby se dítě příliš nevzdálilo od svých rodičů – čipy zareagují na samostatný pohyb malého pacienta. Tato technologie ovšem nebude hlídat jen lidi; kvůli častým krádežím se vedení rozhodlo, že jej nainstaluje rovněž na některé vybavení nemocnice. To se totiž v minulosti poměrně často ztrácelo.

V nemocnici se nachází i další zvláštnost – taková, kterou bychom v zařízení podobného typu příliš neočekávali. Ve FN Motol mají nejdelší systém potrubní pošty v Praze. Je řízena počítačem, páky a ventily byly nahrazeny LCD

displeji a membránovými klávesnicemi. S její pomocí se mezi klinikami a odděleními přepravují rentgenové snímky, operační dokumenty i vzorky krve.

### Zajímavosti při stavbě

V průběhu rekonstrukce se objevilo několik problémů, které stavební firma musela náhle řešit. Jedním z nich byla podzemní voda, na které budova v podstatě stála. Muselo se jí proto vytvořit umělé řečiště, aby měla kudy odtékat. Odvezeno bylo celkově 5000 tun materiálu, takže stavba je lehčí a podle odborníků vydrží více. Nově také bylo osazeno 4500 km kabelových rozvodů. Překvapením bylo objevení protiletectvého krytu z období druhé světové války. Ten se nacházel pod hlavními koridory, kudy denně procházely tisíce lidí, přitom o něm desítky let

nikdo nevěděl. „Vypadalo to tam, jako by to kdysi někdo zamknul, a nyní jsme tam vešli až my. Našli jsme například nepoškozené dřevěné záchoďky,“ popisuje Miloš Ludvík. Tunel byl dlouhý téměř 80 metrů. Firma jej nakonec zalila betonem, což stálo dalších několik milionů korun navíc.

### Chybí ještě 650 milionů

Rekonstrukce si dosud vyžádala přes 4,5 miliardy korun, tím ale náklady nekončí. Na úplné dokončení pavilonu je potřeba ještě asi 650 milionů korun a jeden rok prací. Kvůli úsporám v rozpočtu však zatím není jasné, kdy bude celý areál dobudován. „Pokud by se letos začalo stavět, mohlo by být hotovo v roce 2012,“ míní provozně-technický náměstek FN Motol MUDr. Pavel Budinský, Ph.D., MBA.

Podle Miloslava Ludvíka tak vedení nemocnice dokázalo, že lze při stavbách ušetřit. „Cenu jsme naprojektovali v roce 2003, od té doby se přitom DPH na stavební práce zvedla třikrát. Tehdy činila 5 procent. Dělalí jsme ale změny v projektu tak, abychom se vešli do původní částky,“ zdůrazňuje ředitel s tím, že mnohá zařízení ještě neexistovala. „Naším cílem bylo, aby zde vzniklo něco, co na první pohled nebude vypadat jako nemocnice, čili když sem přijde vystresované dítě, aby v něm zdejší prostředí budilo důvěru. Toto zařízení patří k největším nemocnicím pro děti na světě a myslím, že i k nejlepší,“ pyšní se Ludvík. Kdy přesně by mohla být rekonstrukce celkově hotova, si šéf Motola netroufá odhadnout. Připustil však, že sám doufá v rok 2015.

Michaela Svobodová

## Supermoderní vybavení dětského pavilonu

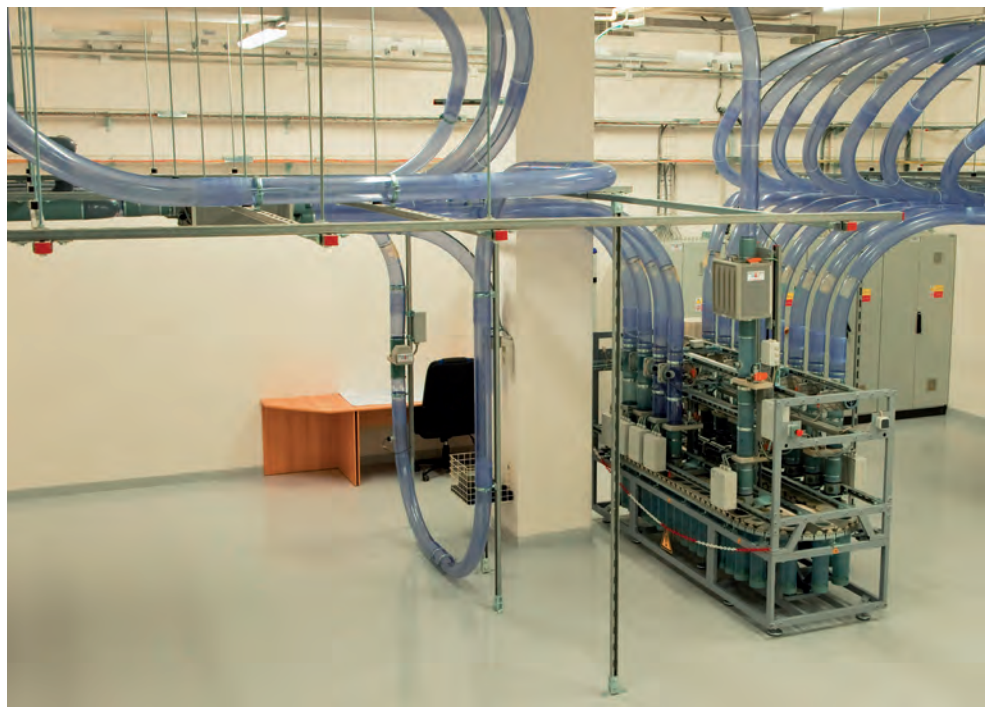
- Dětské operační sály konstruované jako sály s centrální komunikací a speciálním vybavením včetně ultrazvukových odsávacích a operačních laserů.
- Biplanární angiolinka, tedy speciální dětská kardiologická linka s komplexním měřením vitálních funkcí a srdečních parametrů.
- Magnetická rezonance – 1,5 T softwarově vybavená pro děti s promítáním obrázků.
- Jednotky intenzivní péče vybavené nejmodernějšími lůžky, jež komunikují s centrálním senzorem.
- Speciální kardiologické ultrazvuky.

## Bdělé oko NKÚ

Již v roce 2005 se řešily finanční otázky okolo rekonstrukce FN Motol. Nejvyšší kontrolní úřad (NKÚ) kritizoval způsob, jakým vláda peníze na modernizaci nemocnice přidělila. Podle úřadu měly být tyto peníze poskytnuty na celkovou přestavbu, vedení zařízení je však využilo jen na rekonstrukci energocentra a úseku C.



**Vozíky s odpadem na dálkové ovládání**



**Strojovna potrubní pošty**



# Slovensko: Vláda nesplnila požadavky lékařů

V polovině června vypršela lhůta, kterou slovenští lékaři stanovili tamní vládě na splnění svých požadavků. Situace v resortu však zůstala beze změny. Lékaři proto deklarovali, že se chystají vydat českou cestou hromadných výpovědí.

Lékaře podporují i ostatní zdravotnické organizace, které se k výzvě, jež obsahovala především dofinancování slovenského zdravotnictví, připojily. Vláda však jejich požadavky zcela ignorovala. Podle prezidenta Slovenskej lekárskej komory Milana Draguly budou následovat avizované nátlakové akce pod taktovkou odborů.

## Nejprve pořádek, potom peníze

Odbory již před časem oznámily, že prvním krokem bude dvouhodinová stávka, druhým pak hromadné výpovědi. „Momentálně však převládají hlasy, abychom se zaměřili rovnou na podávání výpovědí, takže i to je jedna z variant,“ upřesnil předseda Slovenského odborového svazu zdravotnictva a sociálních služieb (SOZZSS) Anton Szalay s tím, že kdy s hromadnými odchody lékaři začnou, případně kolik jich je skutečně ochotno odejít, zatím není jasné. Na řadě je totiž jednání mezi jednotlivými odborovými organizacemi, výsledky by měly být známé koncem měsíce.

Desítky zdravotnických organizací požadovala, aby vláda do 15. června dofinancovala systém, zvýšila platby za státní pojištění a zreálnila platby od zdravotních pojišťoven (podrobnosti v minulém vydání ZDN). Podle slovenské předsedkyně vlády Ivety Radičové je dříve, než zdravotnictví získá nějaké finance, nutné zastavit zadlužování a plýtvání v resortu. „Nejprve je nutné udělat ve zdravotnictví pořádek, teprve potom jsou možné debaty o dalším zvyšování rozpočtu. Nemluvě o tom, že návrh rozpočtu na příští rok bude vláda schvalovat až na podzim. Do té doby je dostatek času na rozumné diskuse o financování resortu,“ prohlásil mluvčí premiérky Radičové na otázku, proč se vláda požadavky lékařů nezabývala.

Ministerstvo zdravotnictví podle slov své tiskové mluvčí s většinou požadavků ze strany lékařů souhlasí. „Oddlužení nemocnic jde ruku v ruce s jejich transformací na akciové společnosti. Tu však



Ilustrační foto: Shutterstock

odboráři z nepochopitelných důvodů odmítají,“ uvedla mluvčí. Na otázku, zda se resort neobává avizovaných hromadných výpovědí, odpověděla, že „ministerstvo vede a povede intenzivní dialog se všemi, kteří ve zdravotnictví působí“.

## Nedostatečné zvýšení pro sestry

Dlouhodobě nespokojení s vývojem zdravotnictví na Slovensku však nejsou jen lékaři, ale také sestry. Vláda se jejich situací zabývala, předložila již dokonce návrhy na řešení jejich požadavků. Ty však představám sester neodpovídají. Mzdy, jež sestry žádaly navýšit z 1,8 na 3,5 až 4 eura za hodinu, jim kabinet chce zvýšit pouze na 3 eura. Požadavek o dřívějším odchodu do důchodu zůstal zcela nevyslyšen. „Nabízejí nám 3 eura pro sestru, která má středněškolské vzdělání, specializaci a 30 let praxe. I dělník na stavbě má víc,“ komentovala rozhodnutí vlády prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mária Lévyová.

Komora rovněž kritizuje návrh na úpravu zákoníku práce, jež by sestrám starším 50 let zakazovala práci v trojměnném provozu na

dek jednání s vládou prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentek.

## Scénář rušení lůžek znám

Slovenská Všeobecná zdravotná poisťovňa zveřejnila seznam nemocničních oddělení, která mají být od července zrušena. Celkem bude zredukováno 3300 lůžek. Odborníci varují, že takový zásah negativně ovlivní dostupnost zdravotní péče. Jak vyplývá z dokumentu zdravotní pojišťovny, někteří pacienti budou muset za ošetřením cestovat až 90 km.

Bývalý slovenský ministr zdravotnictví Richard Raši (Smer) upozorňuje především na rizika tohoto opatření z hlediska nejrušnějších epidemií. „Pacientovi bude potřebná péče poskytnuta pozdě, a než se vůbec dostane do nemocnice, může nakazit i další lidi. Infekční oddělení nemohou mít neustále obloženost 100 procent, protože epidemie se objevují ve vlnách,“ říká Raši. Problém by podle něho mohl nastat i v případě, že pacienti budou vyžadovat převoz sanitkou do zdravotnického zařízení – ty pak mohou chybět u urgentních případů.

Rušení lůžek kritizují i samotné nemocnice. Viceprezident Asociácie nemocnic Slovenska Peter Ottinger označil některé kroky vlády za nelogické. Podle něho není systém na tak radikální škrtů připravený. Významně se však připravované změny dotknou nejen pacientů, ale i samotných zdravot-

níků, kteří budou po zrušení některých ze 156 oddělení přeřazeni jinam, v horším případě propuštěni. Zatím však není jasné, kolik z nich skutečně o práci přijde.

## Nerušíme nemocnice, zefektivňujeme

Ačkoli generální ředitel největší slovenské pojišťovny Marian Faktor tvrdí, že stanovení redukce lůžek předcházela rozsáhlá analýza, předseda SOZZSS Anton Szalay o jeho slovech pochybuje. „Odborná obec žádnou analýzu neviděla. My například žádali, aby byla předložena na poslední tripartitě, ale generální ředitel pojišťovny tvrdil, že stále probíhají jednání,“ popsal Anton Szalay.

Ministr zdravotnictví Ivan Uhlírik (KDH) však obavy týkající se zhoršení dostupnosti zdravotní péče odmítl. „Akutní péče zůstává zachována, nerušíme nemocnice, nýbrž zefektivňujeme oddělení,“ prohlásil a dodal, že je nadále neudržitelné, aby v jednom kraji fungovala 20 km od sebe tři identická oddělení. Redukce lůžek se dotkne především krčních a očních oddělení, největší ztráty zaznamenají velké univerzitní a fakultní nemocnice. Například Univerzitná nemocnica Bratislava přijde o 318 lůžek, košická Univerzitná nemocnica L. Pasteura pak o 216.

Cílem redukce není podle Mariana Faktora ušetřit, ale donutit zdravotnická zařízení efektivněji přerozdělovat zdroje. „Po optimalizaci nedojde k žádnému šetření, to může Všeobecná zdravotná poisťovňa garantovat. Do nemocnic půjde stejný objem financí jako dosud,“ ujistil Faktor. Některým oddělením chce pojišťovna podle jeho slov navýšit jednotkovou cenu za ukončenou hospitalizaci až o 5%. O která oddělení půjde, však s odkazem na probíhající jednání mezi nemocnicemi a pobočkami pojišťovny nemohl specifikovat.

(Zdroje: Pravda, SME)

Květa Havlová

## Mezinárodní ocenění pro iránské bojovníky s HIV

Dav iránské lékařů, kteří byli uvězněni kvůli údajné přípravě svrnutí vlády, získali letošní cenu Jonathana Manna, již za přínos v oblasti světového zdraví a lidských práv uděluje organizace Global Health Council.

Lékaři Kamiar a Arash Alaeiovi byli v roce 2008 obviněni ze spolupráce se Spojenými státy za účelem svržení režimu iránského prezidenta Mahmúda Ahmadínežáda. Začátkem letošního roku byl Kamiar propuštěn, Arash si ve vězení odseděl dalších 6 let.

Jak uvedl Kamiar Alaei ve Washing-

tonu při přebírání ceny Jonathana Manna, politikou se s bratrem nikdy nezabývali. Koncem 90. let minulého století začali léčit pacienty s HIV/AIDS a v rámci svého programu se zaměřili i na prevenci šíření nemoci a sociální podporu pacientů. Vzhledem k tomu, že 70% iránské populace je mladší 30 let, je riziko-

vá skupina obyvatel v zemi nebyla velká.

Program obou bratrů, za nějž nyní obdrželi mezinárodní ocenění, se nakonec stal součástí národního strategického plánu a přijaly jej rovněž sousední Afghánistán a Tádžikistán.

(Zdroj: BBC)

(kha)



# Děti v USA diskriminovány kvůli veřejnému pojištění

Dětští pacienti pojištění v rámci amerického vládního programu Medicaid nebo Children's Health Insurance Program (CHIP) musejí na vyšetření u specialisty čekat až dvakrát déle než děti, jež jsou pojištěny u soukromých zdravotních pojišťoven.



výsledky výzkumu, jež otiskl časopis New England Journal of Medicine. Federální legislativa přitom jasně stanovuje, že pojištěnci programu Medicaid musejí mít stejný přístup ke zdravotní péči jako klienti soukromých zdravotních pojišťoven.

V rámci výzkumu figurantky od ledna do května 2010 obvolaly 273 pracovišť ambulantních specialistů ve státě Illinois a předstíraly, že se potřebují objednat s dítětem trpícím například depresí nebo diabetem. Jedna část tvrdila, že jejich dítě je pojištěné u soukromé společnosti, druhá pak že mají zdravotní pojištění hrazené z Medicaid nebo CHIP.

## O 22 dní později

Zatímco skupina s údajným privátním pojištěním se dočkala odmítnutí pouze v 11 % případů, druhá skupina si vyslechla odmítavou reakci v plných 66 % hovorů. Pokud zařízení byla ochotna děti s veřejným pojištěním na vyšetření objednat, bylo figurantkám řečeno, že musejí počkat v průměru o 22 dní déle než děti s komerčním

Některé se ke specialistovi nedostanou dokonce vůbec. Vyplyvá to z výzkumu Pensylvánské univerzity, který se zaměřil na data pocházející z několika set zdravotnických zařízení v Illinois.

## Nefunkční legislativa

Podle spoluautorky výzkumu dr.

Karin Rhodesové naznačovaly rozdíl v dostupnosti péče mezi státními a soukromými pojištěnci již předchozí studie, nejnovější výsledky poprvé jasně ukázaly podobu tohoto rozdílu. „Věděli jsme, že tento problém existuje, ale netušili jsme, jakých rozměrů dosahuje,“ komentovala Rhodesová

## Vatikán podnikl další krok k podpoře výzkumu kmenových buněk dospělých

Vatikán uzavřel poprvé ve své historii dohodu o spolupráci s americkou farmaceutickou společností ve snaze podpořit výzkum kmenových buněk dospělých.

„Chtěli bychom vytvořit prostor pro vědce, sponzory, akademiky a představitele katolické církve, kteří by společně pracovali pro dobro lidstva,“ komentoval spojení Vatikánu se společností NeoStem, která se na výzkum kmenových buněk dospělých specializuje, člen Papežské rady pro kulturu otec Tomaz Trafny.

## Tři oblasti spolupráce

„Náš výzkum má velký potenciál přispět k uzdravení řady nemocných. A co je nejdůležitější, je schopen tak činit bez ničení lidských životů,“ prohlásila dr. Robin L. Smithová z NeoStem.

Spolupráce Vatikánu a farmaceutické společnosti by se měla projevit především ve třech oblastech – první z nich je samotný výzkum kmenových buněk (včetně jeho financování), druhou je oblast sociokulturních dopadů regenerativní medicíny a třetí pak vzdělávání zaměřené především na členy katolické církve týkající se účelnosti a etických otázek buněčné terapie. V listopadu tohoto roku se Papežská rada pro kulturu společně s firmou NeoStem chystá uspořádat konferenci nazvanou „Kmenové buňky dospělých – klíč k budoucnosti zdraví a léčení všeho lidstva“. Zúčastnit se jí mají

vědci, lékaři, zástupci katolické církve, ale i politici.

Podle předsedy vatikánské rady pro kulturu kardinála Gianfranca Ravasiho chce církev ukázat, že se nestaví k novinkám v biotechnice odmítavě, ale naopak chce prezentovat svůj pozitivní postoj a dokázat, že je schopna předkládat i své vlastní návrhy.

Robin Smithová označila spolupráci s Vatikánem za historickou a dodala, že doufá, že se ukáže, jak víra a technologie mohou pracovat společně, aby našly řešení pro nejzávažnější problémy lidstva.

(Zdroj: ucanews.com)

(kha)

pojistkou (průměrná čekací doba pro děti s pojištěním u privátní pojišťovny činila 20 dní, pro ostat-

ní 42 dní). Tento jev byl zaznamenán u všech sedmi testovaných odborností – ortopedie, psychiatrie, neurologie, endokrinologie, dermatologie a alergologie.

Karin Rhodesová si s kolegy podle svých slov zvolila zdravotní problémy, u nichž existují důkazy, že zásah specialisty může přinést z dlouhodobého hlediska významné zlepšení. „To, s čím jsme se setkali, je jasná diskriminace na základě zdravotního pojištění,“ uzavírá svá zjištění doktorka Rhodesová.

(Zdroj: Msn News)

(kha)

## Německá komora má nového prezidenta

Na 114. dni německých lékařů, který proběhl na přelomu května a června v Kielu, byl novým šéfem komory zvolen šéflékař univerzitní kliniky a od roku 1986 prezident hamburské lékařské komory, 59letý radiolog z Hamburku Frank Ulrich Montgomery.



Frank Ulrich Montgomery

Po 12 letech ve funkci prezidenta spolkové lékařské komory se Jörg-Dietrich Hoppe rozhodl, že již na tento post nebude kandidovat, protože se chce více věnovat profesní činnosti a své rodině.

## Pnutí mezi organizacemi

Nový prezident spolkové lékařské komory se během dne německých lékařů aktivně zapojil do diskusí nad tématy, jež lékařské organizace aktuálně považují za nejnaléhavější. Jedním z hlavních přání „lékařského parlamentu“, jak je zvykem dni německých lékařů říkat, je posílit počty mediků a zatraktivnit profesi rodinných lékařů (podle komory se dvě třetiny praktiků nacházejí ve věku nad 50 let). Lékařům se také nelíbí, že pro povolení nové lékařské praxe musejí získat souhlas svazu pojišťoven – toto pravidlo však v Německu existuje dlouhá desetiletí a politici na něm patrně nic nezmění.

Z diskusí na dni německých lékařů ovšem vyplynulo i určité pnutí mezi lékařskými organizacemi navzájem – vedení komory si v rámci zákona o strukturálním zajištění zdravotní péče přeje získat silnější roli při roz-

hodování o síti zdravotnických zařízení, zčásti na úkor zástupců smluvních ambulantních lékařů.

## Písemný doklad

Frank Ulrich Montgomery se mimo jiné podílel i na diskusích kolem sazebníku pro privátní lékařskou péči (zdravotní výkony, které si hradí sám pacient nebo je hradí soukromá pojišťovna). Delegáti vyzvali politiky k urychlené novelizaci tohoto sazebníku, protože podle nich silně zůstala cena hodnoty bodu. Sazebník obsahuje maximálně přípustné ceny soukromě placených zdravotních výkonů tak, aby pacienti nebyli nepřiměřeně finančně zatíženi ani v oblasti privátně poskytované péče.

Nový prezident spolkové komory se pustil rovněž do problematiky novelizace profesního řádu. Ta má zpřesnit mimo jiné povinnosti lékařů při informování pacientů před léčbou (poskytnout nemocným informace v časovém předstihu tak, aby případně měli šanci své rozhodnutí přehodnotit). Zásadní postoj komora zaujala vůči vztahům mezi lékaři a dodavateli léčiv či zdravotnických materiálů. Veškerá ujednání mezi těmito subjekty musejí mít do budoucna písemnou formu s přesnými informacemi; pokud jde o finanční vztahy, budou se tyto smlouvy navíc muset předkládat lékařské komoře s cílem zamezit nepřipustnému uplácení lékařů firmami. Písemnou smlouvou lékaři budou muset uzavírat také s pacienty, pokud půjde o soukromě placené výkony – podle požadavku většiny delegátů musí existovat jasný důkaz, že lékař ještě před léčbou dostatečně informoval pacienta o výši jím nesených nákladů.

(Zdroj: MZ a LK SRN)

(vla)



# Cholera live

Další pokračování deníku MUDr. Tomáše Šebka, který si psal během své mise na Haiti, popisuje poslední dny strávené v táboře Lékařů bez hranic.

## Haiti – den 68.

Aby měla moje mise nějaký smysl a nějaký závěr, musím ji smysluplně uzavřít. Udělat nějakou tečku za kapitolou, na kterou někdo další hladce naváže. Proto se ne nechám několik dní před plánovaným odjezdem přemístit, abych s několikadenním předstihem a pohledem do prázdna čekal na svoje letadlo. Na druhou stranu svůj odjezd neodložím ani o minutu, i kdybych měl hranice přejít pěšky nebo na motorce. To by byla celkem pěkná tečka, když nad tím tak uvažuju.

## Druhá otevřená repozice

Dostal jsem důvěru a celkem bez administrativních outěžků dnes mohl udělat druhou otevřenou operaci kosti u pacienta, kterému zevní fixace trochu „plandala“. Zdědil jsem ho po předchozí generaci šroubováků a celou dobu trochu doufal, že se to zahojí, i přesto, že to na první pohled vypadá nezhojitelně. Murphyho zákon VŠAK říká, když se má něco pokazit, pokazí se to. Jsem sám, Fredi hrdinně čelí ambulanci náporu. Za tu dobu tady jsem absolutně ztratil pocit strachu nebo nervozity. To teda nevím, jestli je úplně dobře. Ale každopádně je to pravda. Spoléhám se na to, že to moje ruce vymyslí. Po třech měsících je

všechno kolem dvou úlomků kosti „prorostlý“, a tak jenom než odstraním nefunkční, zato obrovský svalek, jsou dvě hodiny v tahu. Není nikdo, kdo by mi hákoval ránu, kdo by držel kosti. Je to koncert o jednom rozvíráku, dvou lebečních elevatorích a tentokrát parádně velkých Luerových kleštích.

Když to všechno uvolním a oštípnu, do kraje kosti zavrtám provizorní hřebíky a celý to jako joystickama srovnám a zafixuju, zavrtám klasický 3+3 fixatér, vydám provizorní, sešiju po sobě ten bordel a za tři a půl hodiny je hotovo. Těším se na rentgen a ještě víc na oběd.

## Cholera naživo

Celou dobu se snažím přesvědčit Beatrice, původně naši týmovou anestezioložku, aby mě vzala do „cholera centra“. Nějak se k tomu ale staví vágně, takže když se odpoledne naskytne příležitost jít se spolu s gynekoložkou Hanne podívat na pacienta s cholerou, využívám ji. Procházíme filtrem. To znamená chlor na ruce a na nohy a pak ještě jednou přejít přes práh z látky namočené do dezinfekce. To je všechno, na druhé straně mého stanového tábora železných mužů leží tábor pro těhotné matky s cholerou. Pro ostatní pacienty



Foto: archiv Tomáše Šebka

už funguje „cholera centrum“, které se nachází asi šest kilometrů od nás.

Pacientka je tu momentálně jenom jedna. Má typický výraz ve tváři hodně dehydratovaných lidí. Tiše leží na lůžku a nic neříká. Nad ní je na tyči zavěšená infuze, která nekape, spíš hodně rychle teče. Postel je speciální. Uprostřed díra, takže pacient kálí, aniž by se musel pohnout. Většinou ani vyčerpáním nemůže. Pod postelí je obrovský lavor, který se pravidelně vynáší. Hanne kontroluje hydrataci, denní přísun tekutin, počet stolic a zvracení. Vyšetřuje pacientku a rozepisuje další léčbu a kontroly. Já se mezitím koukám, abych viděl, co je to cholera v praxi. Beru si rukavice a dívám se do lavoru pod postelí. Je to čistá voda. Nic víc. A trocha bílé pěny. Píše se, že stolice má při choleře barvu rýže. To sedí. Zatímco zkouším napětí kůže jako primitivní test hydratace paci-

enta, těhotná mamina jakoby nic pošle další dávku stolice do lavoru. Šplouch! Dvě deci jsou tam. A než se otočím, jsou tam možná další dvě. Dneska má 14 stolic za hodinu a 7krát za hodinu zvrací. Je mi jasný, že infuze musí téct jak řeka, protože voda se uvnitř ani pořádně neohřeje a končí v lavoru.

Jsem rád, že stolici mám dobrou, a když nad tím tak přemýšlím, vlastně miluju naše turecké hajlíky. Věřím, že Lékaři bez hranic výrazně přispějí k tomu, aby cholera z téhle části neuvěřitelně šíkanovaného Karibiku co nejdřív zmizela.

## Haiti – den 69.

Je přede mnou poslední den v nemocnici. Dnes už nebudu pracovat, jenom dodělám poslední věci a chci se rozloučit. Ale chci se rozloučit asi tak, jako se navečer přes plot loučí dva sousedi, aby se ráno zase viděli. Nesnáším loučení, pokaždě se mu snažím vyhnout, radši se vždycky vypařím. Po té době tady to ale těm lidem nemůžu udělat, čekají na to. Varovali mě hned na začátku mise, jak může být konec složitý a kolik věcí se v člověku může změnit. A jak moc ho to může ovlivnit. Teď tomu přesně rozumím. A to jsem si vždycky myslel, že jsem netečný.

## Národní hymna na sále

Ráno mi volá Marylin, abych byl nejpozději v osm v nemocnici na sále, že bude malá rozlučková oslava. Jsem tam na čas. Jsou tam snad všichni místní zaměstnanci z operačních sálů. Zůstali ti z noční šichty, přišli ti na ranní i ti, co dneska vůbec nemají být v nemocnici. Loučí se s Marylin, která jim tady tři měsíce dělala staniční mámu. A loučí se taky se mnou a Jacobem. Holky blb-

nou a smějí se. A pak nám všichni sborově zpívají haitskou národní hymnu. Je to síla. Jsem schovaný za objektivem svého foťáku, aby mě nikdo nepodezíval, že jsem měkřejší...

Děláme fóry, smějeme se, jíme koláč. Marylin dostala svůj vlastní portrét, který nechal udělat Lyonell podle fotky. Haitáni jsou jako vždycky veselí a mně je fakt ouzko. Ptají se mě, kdy přijedu. Říkám, že brzo...

## Poslední vizita...

Doprovázím Frediho. Dneska už jen jako jeho stín. Neangažuju se. Dneska už se neptám, jestli je „pupu a pipi normal“. Čili jestli měli stolici a močí bez potíží. Jen odpovídám, nač se mě Fredi u jednotlivých pacientů ptá. Bude na to tady pár dní sám. Ortoped, který mě má nahradit, se o týden opozdil. Loučím se se všemi a hlavně s chronickými pacienty. Moje bezmála tříměsíční mise končí. A oni tady v nemocnici pořád zůstávají. Je to jako loučení se starými známými.

Dneska jde domů Geraldson. Pacient po operaci lebky, kterou jsem mu otevřel před necelými třemi týdny, protože měl po autonehodě lebeční kost vpáčenou do mozku. Stojí, chodí, směje se, pamatuje si všechno kromě okolností úrazu, mluví. Fotím se s ním spolu s Jacobem. Pacient a dva chlápíci měli sakra kliku, že se to všechno povedlo.

Další pán na holení, vlastně na loučení, je chlapík se železnou čelistí. Chystám se ho vyfotit. Shodou okolností zrovna bere do ruky mobilní telefon a někomu volá. Fotím. To je nejlepší důkaz, že je všechno OK.

Jdu s Lyonellem pod stany, abych se rozloučil taky se svou železnou armádou. Lyonell mě narychlo učí jak říct nazdar v kreolštině. Plus mínus se mi to daří opakovat. Hromadně mi přejí šťastný návrat. Ptají se, kdy zase přijedu. Sděluju výsledky posledních rentgenových kontrol a další plány těm, kterých se to nejvíce aktuálně týká. Podařilo se mi všechno, co jsem chtěl stihnout.

## Kde je tu východ?

Je čtvrtek, kdy normálně trávím hodinku dvě na fyzioterapii. Dneska už na to není čas. Jdu se jenom rozloučit. Mají pár otázek, tak přeci někoho odbavím, rozdám poslední moudra stupidního ortopeda a posunu některé kontroly na budoucího kolegu, co přijede po mně. Loučím se s krásnou a přísnou Evou, kulatým a usměvavým Josephem a Franzem, který nás vždycky doprovázel na



Foto: archiv Tomáše Šebka



## Z MÉHO DENÍKU

vizitách. Když odcházím, Franz mě chytá za ruku. Říká mi, že se mu vždycky líbily moje hodinky. Jasně, Franzi, tady jsou!

Říkám nazdar holčím na ambulanci a chlapíkům na rentgenu. A už dvacet minut hledám dveře, kterými z nemocnice vypadnout. Fakt je to silný a já nechci, aby mě někdo viděl rvát. Poslední nazdar s Lyonellem a ostrým krokem k bráně.

Z nemocnice jdu sám a pěšky, jak to mám rád. Každodenní bordel, smrad, směsice jídel, potu a motocyklových výparů, slunce, krávy, psy a kohouti, bláto na zemi. To všechno se mi teď nějak mlží. Cítím, že ještě trochu a rozbrečím se jako dítě.

### Dárky

Poslední dny se snažím rozdat všechno, co mám a co fakt nepotřebuju. Ve skutečnosti si domů potřebuju vzít akorát svoje myšlenky, zápisky a fotky. A potřebuju tady kousek sebe nechat. Takže rozdat věci je jenom můj sobecký pud sebezáchovy. Hope jsem dal krabičku s Che Guevarou. Fredimu dávám svůj nůž. Bude se mu hodit na úpravu sáder a všelijaké jiné úpravy pro polní chirurgii. Frankovi jsem dal míč, se kterým jsme si tady házeli a který jsem i přes jeho velikost přitáhl z domova.

Někomu dávám český prachy jako suvenýry, USB data disky, gelový spitaderm, léky, elektrikářskou pásku, zavařovací gumičky, repelenty. Rozdal bych i fusekle, kdyby je někdo chtěl. Lyonellovi dávám foťák. Celou dobu pro mě fotil a točil, když já nemoohl. Do obalu mu strkám něco navíc, o čem se nemůže psát, protože jsem ještě pořádkem doktor Lékařů bez hranic a ne Tomáš vod lesa, a musím tedy formálně ctít pravidla. Doufám, že mu dávám dárek k jeho budoucí inauguraci ministrem zdravotnictví. A myslím to naprosto vážně.

### Cholera podruhé, daleko strašnější

K večeru volá Beatrice. Jede do „cholera centra“ a nabízí mi poslední možnost vidět druhou část programu švýcarské mise Lékařů bez hranic tady na Haiti. Čekám na to čtrnáct dní, takže neodmítám. Ptám se Jacoba, jestli jede taky. No jasně! Sedáme do auta a jedeme asi patnáct minut na místo.

Cholera centrum vypadá jako letiště. Je celé postavené na velkém poli na kraji Leogane. Většinu toho tvoří obrovské stany pro pacienty a skladové prostory. Vcházíme dovnitř přes první filtr a pak

ještě před další dva. Chlorovanou vodou si myjeme ruce, stříkají nám boty a ještě šlapeme na chlorovaný pás. Beatrice nás vede k prvnímu stanu, který slouží jako triáž – třídění pacientů. Jako před ostatními stany, i před tímhle je barel s vodou na mytí rukou a druhý s pitnou vodou.

Uvnitř je příjem pacientů a pak rozdělení na pacienty s průjmem a na ty, co jenom zvracejí. Dělají tady v tichosti svoje potřeby a personál kontroluje, kolik stolic nebo zvracení a za jaký časový interval u každého proběhlo. Zhruba po dvou hodinách se dá říct, kdo cholera má a kdo ne. Ti, co ji mají, evidentně frčí bez zastávky do dalších stanů.

### Jako v baru Krásný ztráty

Pro vedení záznamu o pacientovi s cholerou je připravený speciální papír. Vlastně je to stejný princip, na jakém funguje pivní tácek pro výčepáka, aby věděl, kolik vám nalil. Systém čárek zaznamenává, kolikrát pacient během dne zvracel, kolik měl stolic, kolik vypil a kolik potřebuje dostat v infuzích. Kdyby počet čárek na papíře u průměrného pacienta s cholerou odpovídal počtu čárek na pivním táčku, měl by každý z nich nakoupino za deset průměrných českých pivařů.

Stav pacienta se dělí do třech stadií. Písmenem A je označen pacient, který cholera „přepije“, aniž by potřeboval nitrožilní in-

fuzní roztok. Jsou soběstační. Písmenem B se značí pacient, co už potřebuje nitrožilní roztok spolu s přirozeným příjmem tekutin. Už není tak soběstačný a kdykoli se může propadnout do stadia C. Písmenem C jsou označeni ti, kteří mají těžké stadium dehydratace, skoro nejsou schopni přijímat tekutinu ústy, jsou absolutně nesoběstační a potřebují pomoc.

Jdeme se podívat pod stan A. Vypadá to tam jako v baru, všichni pijí. Taky to tam vypadá jako na veřejných záchodcích – až na to, že tady je absolutně čisto. Uklidové čtyři se střídají prakticky nepřetržitě a ve vlnách za sebou pořád dokola.

Míjíme stan s dětskými pacienty. Je to hrozný pohled. Tiše leží, pospávají. Starají se o ně jejich matky a příbuzní. Vidíte ale i péči rodičů, že byste jim jednu pláclí. Jedna máma přináší dítěti talíř s kaší, která trochu připomíná stolicí. Dítě napoprvé odmítá jíst a ona místo toho, aby se pokusila do něj něco dostat, se sama pouští do kaše a v minutě ji dojídá. Ona nemá cholera. Ježkovy oči, já bych vraždil! Ale jsme na Haiti a já jsem doktor.

### Brána do pekla...

Přes stan B procházíme do C. Tady se otevírá pohled na něco, co si nepředstavíte, dokud to nevidíte. Celou dobu tady o choleře akorát slyším, ale tohle je něco jiného. Na speciálně upravených lůžkách

s dírou uprostřed pod zadkem a lavorem pod ní pro stolici leží pacienti. Už nevypadají jako lidi. Vypadají jako zombie.

Především si všimnete očí. Mají je ponořené hluboko do lebky pod nadočnicové oblouky. Totálně zapadlé. Nedívají se na vás, i když je mají pootvěřené. Nevíte, jestli spí, nebo jsou vzhůru. Lícni kosti jsou neúměrně vystouplé, na rozdíl od úplně propadlých tváří. Celý obličej vypadá jako lebka potažená tenkou kůží.

Hrudníky mužů vypadají jako hrudník špatně živěného koně s vystouplými žebry. Prsa žen jsou jen takový pohozený pytlíky. Břicha mají propadlá. Na rukou a nohou vystupují všechny klouby. A ruce? Ty vypadají jako ruce svařeny. Kůže na prstech je dvakrát větší než objem hmoty pod ní. Dělá to hluboké vrásky na prstech a máte dojem, že se ta kůže musí každou chvíli svlíknout.

Tolik statický popis. Dynamický je ještě horší. Nejsou schopni se na posteli ani posadit. Většinou mají kolem sebe někoho z příbuzenstva, ten je posadí, dá jim napít, přisune kýbl na zvracení a periodicky provádí hygienu. Jejich pohyby jsou naprosto vláčné.

Stáli jsme chvíli u jedné pacientky ve stanu C, která na tom byla ze všech nejhuř. Do dvou žilních vstupů na rukách jí tekly litrové infuze tak, jako teče voda z kohoutku. Žádné kap, kap, kap. Prostě crrrrrr... Do toho ji při-

buzná co pět minut zalívala hrnkem vody a ona to co pět minut zase všechno vyhodila do kýble. Už ani nezvracela obloukem a masivně, jak jsem to viděl poprvé. Jen tak kontinuálně „přetékala“, všechny svaly ochablé a totálně vyčerpané.

Stojím tam s foťákem v ruce a ani nemůžu fotit, jak je to strašné. Koukám na to jak v transu. Chica mi vyprávěla, jak to vypadalo na západním cípu. Tam byla jedna sestra na padesát pacientů a jenom běhala s košem infuzí od začátku řady na konec a zpět a měnila je a měnila a měnila. A pokud na někoho zapomněla, prostě umřel. Tady je to prý daleko lepší, a situace se dokonce mírně zlepšila. Mám dojem, že jsem se právě podíval do pekla.

### Odstrihnu se od práce

Tohle byla tečka za mým medicínským programem na Haiti. Odjíždím ze svého oddělení s čistým stolem a pocitem, že jsem udělal všechno, co jsem udělat mohl. Nezachránil jsem všechny. Ale na druhé straně jich byla většina a spolu s kolegy jsem se o ně postaral tak, jak bychom se starali v evropských podmínkách. Alespoň sám pro sebe jsem tuhle misi zakončil úspěšně. Jestli úspěšně i pro lidi kolem sebe a své pacienty, to ať posoudí oni. Hned, protože na pozdější reklamace se neberou ohledy.

(www.mediciman.cz)



Foto: archiv Tomáše Šebka



# Tomu dala, tomu nic

## – aneb potíže s biologickou léčbou

Seminář „Může si ČR v současné situaci dovolit biologickou léčbu?“, který uspořádal 2. června HealthCare Institute pod záštitou děkana 1. LF UK v Praze prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., MBA, v prostorách děkanátu fakulty, se pokusil pomocí multidisciplinárního dialogu pokročit v upřesnění systémových rezerv a návrhů řešení problému omezených prostředků na biologickou léčbu.

Jak v úvodu konstatoval profesor Zima, „kolik si může Česká republika dovolit investovat do zdravotnictví, je rozhodnutím politickým, které bohužel ovlivňuje každého jednotlivce a rozchází se s každodenní praxí ve zdravotnictví“.

### Farmakoekonomika hovoří jasně

Dilematu současného stavu ve zdravotnictví, kdy rostou náklady na léky a současně se pacienti domáhají svého „právního nároku“ na nejmodernější léčbu, čímž narůstá napětí mezi zúčastněnými, se z pohledu farmakoekonomických údajů věnoval MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., z institutu iHETA. Z analýz vyplývá, že chronická onemocnění vedoucí k trvalému poškození organismu tvoří pro zdravotní systém významné náklady a zároveň generují značné výdaje v oblasti sociální. Moderní biologická léčba přitom zásadním způsobem zlepšuje kvalitu života pacientů a má prokazatelně

příznivé ekonomické dopady na zdravotní i sociální systém. Jak ukazují zahraniční farmakoekonomické údaje, včasné nasazení biologické léčby oddaluje invaliditu a udržuje nemocné soběstačné a plně zapojené do pracovního procesu. Na příkladu revmatoidní artritidy MUDr. Doležal ukázal, že při vysoké aktivitě nemoci jsou podstatně vyšší náklady na léčbu, než když se aktivita nemoci udržuje nízkou. Bez účinné léčby je revmatoidní artritida rychle invalidizujícím onemocněním již v mladém věku. Nepřímé náklady, jež souvisejí se ztrátou produktivity a sociální péčí, tvoří 50–75 % celkových výdajů spojených s tímto onemocněním.

### Pojmenovat náklady, navrhnout řešení

Z analýzy pracovní produktivity pomocí mezinárodně validovaného dotazníku WPAI u pacientů s revmatoidní artritidou v ČR (publikováno 2011) vyplynulo, že nemocní léčení biologiky měli ve srovnání s pacienty léčenými po-



Ing. Petr Hrabák z Asociace nemocnic ČR předestřel otázku, zda je v pořádku, aby existoval lék určený pro specializovaná centra, avšak byl vyloučen z úhrad. | Foto: HealthCare Institute

mocí DMARD nižší absentismus (pracovní neschopnost) a také presentismus (snížení pracovního výkonu). Za 7 dní zameškali průměrně 5,6 hodiny (kontrolní skupina 8,5 hodiny) a měli snížený pracovní výkon o 28 % (kontrolní skupi-

na o 50 %). „V některých zemích Evropské unie se proléčenost biologiky pohybuje v řádech desítek procent, u nás jsou to celá 3 procenta,“ upozornil doktor Doležal. Pro zlepšení této situace je podle něj třeba pojmenovat náklady, ověřit je a navrhnout řešení. Problém u nepřímých sociálních nákladů, které převyšují přímé náklady na zdravotní péči u muskuloskeletárních onemocnění (MSO), se věnovala MUDr. Jana Skoupá z Pharmaprojectu. Také ona zdůraznila, že MSO významně zatěžují sociální systém České republiky z pohledu invalidity a pracovní neschopnosti. V roce 2009 tvořily nové invalidní důchody pro MSO až 40 % všech důchodů, což odpovídá nákladům ve výši 1,7 miliardy korun na příští rok. Pracovní neschopnost pro MSO tvořila v produktivním věku 40 % celkové pracovní doby a náklady se (při odhadované mzdě 100 Kč/hod.) vyšplhaly na 5 miliard korun.

### Vymahatelný nárok na moderní léčbu

K právní problematice v otázkách nároku na biologickou léčbu a slabším právní úpravy biologické léčby v ČR se vyjádřila předsed-

kyně Společnosti medicínského práva ČLS JEP MUDr. Mgr. Jolana Těšínová. Upozornila, že pacienti mají svůj právní nárok na moderní léčbu široce definovaný a je i vymahatelný. Právo na biologickou léčbu vychází z Listiny základních práv a svobod (článek 31), Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (článek 3 a 4 o rovné dostupnosti péče) a zákona o péči o zdraví lidu (§ 11 pojednávající o tom, co je *lege artis*, a sice „péče v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“). „Problémem je, že se Česká republika sice již v roce 2001 přihlásila k Úmluvě, ale deset let poté je zde stále zákon z roku 1966 s nedostatečnou úpravou práv a povinností ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Z toho vyplývá, že nároky pacientů jsou nejen právně dané, ale i vysouditelné, a to i přes ekonomické limity. Pacient má procesní záruky na uplatnění práva (civilní žaloby, trestní oznámení, arbitráž, ombudsman) a nelze vyloučit, že ve sporech pacientů vůči zdravotnickým zařízením kvůli tomu, že se jim nedostalo nejmodernější léčby, budou žaloby úspěšné,“ uvedla doktorka Těšínová.

Dodala také, že postihnuté zdravotnické zařízení by teoreticky mohlo – kvůli nedostatku finančních prostředků na uvedené léky – žalovat zdravotní pojišťovnu. Paradoxem je i to, že v případném trestněprávním sporu je odpovědným za skutečnost, že pacient neobdržel potřebnou léčbu, ošetřující lékař, který to přitom nemá možnost ovlivnit.

### Léčba by měla jít za pacientem

K problémům se vyjádřila i ředitelka úseku strategie a řízení zdravotní péče MZ ČR MUDr. Stanislava Pánová: „V naší zemi nedisponujeme systémem, který by posuzoval efektivitu léčby z pohledu medicíny založené na důkazech a farmakoekonomiky. Je třeba shromáždit a analyzovat data a toto hodnocení musí probíhat transparentně v rámci multidisciplinárního týmu. V této souvislosti je dále potřebné stanovit jasná indikační kritéria léčby, vést reprezentativní registry, centralizovat podávání na odpovídajících pracovištích. V hodnocení efektu



Přednášející zleva: Tomáš Zima, Jana Skoupá, Jolana Těšínová, Stanislava Pánová, Zuzana Friedmannová, Petr Hrabák. | Foto: HealthCare Institute



## BIOLOGICKÁ LÉČBA

léčby je důležité vědět, zda pacient dosáhne úplného uzdravení, zda se zapojí do pracovního procesu a tak dále. Každopádně by léčba měla jít za pacientem.“

Vedoucí oddělení smluvní politiky VZP MUDr. Zuzana Friedmannová reagovala na otázku, zda si mohou biologickou léčbu dovolit zdravotní pojišťovny, slovy: „Zdroje nejsou, úspory je třeba hledat v systému zdravotnictví, stanovit priority úhrad a také o této skutečnosti otevřeně komunikovat s pacienty. Náklady na biologickou léčbu dramatičtěji rostou, v roce 2005 to bylo 80 milionů korun, v roce 2009 již přes 900 milionů.“

Podle doktorky Friedmannové je nutné hledat prediktivní faktory pro nasazení léčby, identifikovat, kdo bude z léčby profitovat, mít informace o jejím benefitu či efektu a vzít v úvahu, že v případě indikace biologické léčby se nejedná o jednu diagnózu, ale o více typů onemocnění s různým efektem této léčby. „Vadí nám také, že z center nedostáváme přesné informace. Dozvíme se například, že se stav zlepšil u x procent pacientů, ale není specifikováno v jakých ohledech a za kolik. Ne-

bo obdržíme spoustu grafů bez odborného komentáře. Potřebujeme, aby pro nás někdo ty změti čísel interpretoval,“ dodala Zuzana Friedmannová.

**Etické otázky a rozpory**

„Prospěch pacienta je zřejmý, naproti tomu je zde efektivní a méně efektivní využívání zdrojů ve zdravotnictví a jsou zde roční limity. Finanční prostředky jsou nepřevoditelné, byl by tedy řešením možný přesun pacientů do jiného zdravotnického zařízení? Všechna přece mají své limity,“ uvedl profesor Zima, který se zamýšlel nad tím, co vše by měl zvažovat lékař před nasazením biologické léčby.

„Jsou zde doporučení odborných společností, na druhé straně čekací listiny, které vedou k oddálení léčby, tím pádem ke zhoršení stavu, snížené kvalitě života, případně k invaliditě. Máme k dispozici léčebná schémata, ale pacienti reagují individuálně, někdy na léčbu neodpovídají, jindy ji neuzívají. Kolikrát máme dát non-compliantnímu pacientovi šanci? Nebo pacientovi, který při léčbě kouří a holduje alkoholu? Kdy určíme, že léčba není účinná a je



**Náklady na biologickou léčbu dramatičtěji rostou, v roce 2005 to bylo 80 milionů korun, v roce 2009 již přes 900 milionů, upozornila MUDr. Zuzana Friedmannová z VZP.** | Foto: HealthCare Institute

vhodné ji ukončit? Je třeba stanovit jasná kritéria neúčinnosti. Otázkou je i jak nakládat s indikací léčby na základě biochemických markerů. Může tu fungovat efekt placebo. Pacient se po léku cítí lépe, přitom biochemické parametry jsou stejné – neukazují efekt. Jak s tím naložíme? Vysadíme léčbu? A kdo má být poslem špatných zpráv. Lékař? Zdravotnické zařízení? Pojišťovna? Praxe je taková, že se pacient v televi-

zi dozví, že léčba je dostupná pro všechny, a lékař mu pak sdělí, že ji pro něj nemá. Je nezbytné diskutovat o tom, co je reálné, hledat rozumná řešení a odhodit politická klišé,“ předestřel řadu otázek Tomáš Zima.

**Jak se vypořádat s omezeními**

„Jednou z možností jak řešit rozpor mezi omezeními prostředky pojištěn a neomezenými náro-

ky pacientů je snížit dostupnost biologické léčby,“ konstatoval vedoucí odboru zdravotního účtování a statistiky Asociace nemocnic ČR Ing. Petr Hrabák. „Kdo to má udělat – odborné společnosti zvýšením prahu? Nebo zdravotní pojišťovny vyloučením z úhrad? Politici prostřednictvím úhradové vyhlášky? SÚKL nepřidělením registrace? Či snad lékař tím, že vyčerpá limit?“ pokračoval inženýr Hrabák v duchu předchozího řečníka.

S uvedeným souvisejí i další otázky. Například zda je možné přijmout nové pacienty a odepřít jim léčbu a zda je v pořádku, aby existoval lék určený pro specializovaná centra, avšak byl vyloučen z úhrad. Mezi možnostmi jak se vyrovnat s omezeními prostředky se podle Petra Hrabáka řadí zakládání čekacích listin zohledňujících závažnost, zpřísnění indikačních kritérií, omezení jednoho centra na úkor druhého či neuzavření smlouvy na nový lék bez navýšení limitu. Limit stanovený podle roku 2009 je nedostačující. „Reálná potřeba navýšení limitu činí kolem 30 až 40 milionů korun,“ vyčíslil Ing. Hrabák.

MUDr. Andrea Skálavá

Inzerce A111011804

Jsme  
napojeni  
na největší kapacity  
z oblasti medicíny

Časopis obsahuje TEST zahrnutý do systému kontinuálního vzdělávání ČLK – 10 kreditních bodů

INZERCE  
e-mail: obchod.ms@mf.cz

PŘEDPLATNÉ  
tel. 800 300 302, e-mail: predplatne.mf@cpost.cz



Postgraduální  
medicína

ODBOBNÝ ČASOPIS PRO LÉKÁRE



MLADÁ FRONTA



# LetoviceCare 2011

Díky osvícené ředitelce Nemocnice milosrdných bratří Letovice MUDr. Drahoslavě Královcové a iniciativě vědeckého sekretáře koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Tomáše Skříčky, CSc., se ve dnech 20.–21. května 2011 uskutečnil již druhý ročník interdisciplinárního setkání chirurgů, lékařů následné péče, praktických lékařů, sester a organizačních pracovníků LDN, domů sociální péče, hospicové péče a také rehabilitačních pracovníků.

V malebném městečku Letovice, na silničním tahu Brno – Svitavy, by takovou aktivitu, jako je proktologický kongres s mezinárodní účastí, možná leckdo nečekal. Místní radnice ovšem podporuje například festivaly dechových hudeb, přehlídky rockových kapel, závody dračích lodí na blízké Křetínské přehradě, celostátní finále lidových škol umění a řadu dalších. Na krásně obnoveném zámku jsou tradiční trhy starožitností a pravidelné koncerty. V městském kulturním středisku (MKS) jsou pořádány koncerty renomovaných skupin a zpěváků. Zkrátka – Letovice žijí.

Kongres se konal v MKS Letovice, kde se ve dvou přednáškových sálech sešlo přes 200 posluchačů. Setkání bylo rozděleno na chirurgickou a všeobecnou část. Náplň chirurgické části byla praktická proktologie se zaměřením na ambulantní vyšetřování a výko-

ny a také jednodenní chirurgie v proktologii.

Tato část byla organizována koloproktologickou sekcí ČHS ČLS JEP ve spolupráci s chirurgickou klinikou Borgo Roma ve Veroně a s italskou nadací Rosa Gallo. Všeobecná část byla uspořádána za podpory Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, Nemocnice milosrdných bratří v Letovicích a OS České lékařské komory v Blansku. Setkání se zúčastnilo 217 posluchačů a přednášejících z Česka, Slovenska, Maďarska, Itálie, Slovinska, Srbska, Izraele a Moldávie. Všeobecná část se zabývala interdisciplinární následnou péčí se zaměřením na LDN, hospice, domovy pro seniory a ústavy sociální péče.

## Vystoupení otce stapleru

V chirurgické části exceloval profesor Antonio Longo (autor tzv. Longovy metody operace hemoroidů pomocí stapleru) z univerzitní

nemocnice v Palermu. Přednesl zajímavé, instruktivní a kritické sdělení o příčinách, důsledcích a léčbě prolapsů pánevního dna s důrazem na proktologickou oblast. Jeho ukázky instruktivních animací a zejména pak kadaverózních studií posluchače velice zaujaly.

Obtížného úkolu – přehledu příčin a léčení *proctalgia fugax* a anismu – se ujal dr. Pavel Košorok z Lublaně. I jeho srozumitelná, logická a ucelená přednáška byla vřele přijata.

Ambulantní koloproktologická specialista z Budapešti dr. Éva Csatařová působila doslova jako zjevení. Přestože si popletla Letovice s Levočou a na jednání dorazila ze Slovenska až odpoledne, svými dvěma přednáškami učinila asi nejhlubší dojem. Její sdělení o virových perianálních infekcích a zejména pak dokonalá dokumentace raritními snímky všem doslova brala dech. Její druhé vy-



Profesor Antonio Longo. | Foto: archiv pořadatele

stoupení na téma zánětlivých perianálních onemocnění a jejich diferenciální diagnostiky, doprovázené rovněž dokonalou a raritní obrazovou dokumentací, pak zaujalo snad ještě více.

## Anglicky, rusky, slovensky...

Onkochirurg prof. Milan Breberina z Onkologického ústavu Sremska Kamenica v Srbsku (bývalý jugoslávský federální onkologický institut) přítomně seznámil s komplexní problematikou diagnostiky, léčby a sledování análního karcinomu.

Předseda koloproktologické sekce Slovenskej chirurgickej spoločnosti SLS doc. MUDr. Jozef Korček Ph.D., zaujal přednáškou o parasakrální a perianální sfinkteroplastice u fekální inkontinence. Docent Korček na toto téma napsal poutavou monografii a jeho přednáška byla rovněž velice příznivě přijata a komentována.

Následoval blok přednášek mladých italských chirurgů, v jejichž sděleních byl znát jasný rukopis jejich profesora a spolupředseda kongresu Giangaetana Delainiho z Verony. G. Lo Bue přednesla sdělení o anální formě Crohnovy choroby, F. Nifosi kazuistiku o rektálním prolapsu při Crohnově nemoci, C. Bacchelli přehled o análních a perianálních trauma-

tech. Moldavský kolega, který nyní ve Veroně stázuje, M. Creciu, zaujal přehledným sdělením o urgentních stavech v proktologii. Nejdelší cestu ze všech účastníků vážil dr. Anatoly Ferdman z izraelské Netanye. Seznámil nás s 20letými zkušenostmi se semiinvasivní léčbou hemoroidů s důrazem na elastické ligatury.

## Neztratili se ani Češi a Moraváci

Brněnský proktolog prim. MUDr. Josef Všetíček, Ph.D., s kolegy uvedl zajímavý přehled o komplikacích ambulantní léčby hemoroidů a fisur. Prim. MUDr. Jiří Šatník z chirurgické a cévní poradny v Hranicích přednesl konzistentní práci o zkušenostech s léčbou *sinus pilonidalis sacrococcygealis*, prim. MUDr. Jaroslav Sankot ze Vsetína doplnil sdělení Évy Csatařové o vlastní zkušenosti s terapií *condylomata accuminata*.

Podle reakcí přítomných odborníků si zvláštní ocenění zaslouhují práce MUDr. Julia Őrhalmiho z chirurgického oddělení Vítkovické nemocnice o metodě STARR, tedy resekcích rekta pomocí staplerů, včetně výsledků a komplikací. Přítomní se shodli, že toto mladé pracoviště se dere na čelo koloproktologie v Česku.

Přednáška MUDr. Martina Plzáka z ordinace všeobecné chirurgie



Profesor Jiří Hoch a docent Tomáš Skříčka. | Foto: archiv pořadatele



## ODBORNÉ AKCE

a proktologie v Ústí nad Labem o ultrazvukově navigované ligaci hemoroidů otevřela otázku placení, respektive neplacení některých výkonů ze zdravotního pojištění.

Sobotní program pokračoval instruktivní přednáškou pražského anatoma doc. MUDr. Davida Kachlíka, Ph.D., z Ústavu anatomie 3. LF UK v Praze o novém názvosloví a anatomii anorekta. Jeho tříčtvrtěhodinové sdělení bylo sledováno jedním dechem.

MUDr. Petr Vávra, Ph.D., z Chirurgické kliniky FN Ostrava uvedl svoji přednášku o transrektální endoskopické mikrochirurgii, jejích možnostech a limitech léčby. Přednáška se všem moc líbila a v kuloárech panovala shoda, že o doktoru Vávrovi jistě ještě hodně uslyšíme.

Podle programu měla následovat přednáška doktora Ervína Ruska z Červené Vody. Místo ní přítomní drželi minutu ticha za zesnulého kolegu, který bohužel zemřel necelý týden před začátkem kongresu. Jeho průkopnické práce s užitím přístroje Hemoron (miniinvasivní léčba hemoroidů) v proktologii jej však učinily nesmrtelným.

### Optimistické vyznění

Doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc., z Mladé Boleslavi podal přehled klinických a endoskopických vyšetření anorekta. V následné diskusi mimo jiné zaznělo, že je s podivem, jak mnoho českých pracovišť dodnes nevyšetřuje anoskopicky.

Velkým zážitkem bylo dokonalé a logické sdělení chirurga as. MUDr. Petra Šlaufa z pražské Bulovky o diagnostice a léčbě inkontinence stolice. Diskuse opět ukázala, že je naším uznávaným a zkušeným předním odborníkem.

MUDr. Petr Anděl, Ph.D., z chirurgického oddělení Nemocnice v Novém Jičíně obstál v nelehkém úkolu, kdy se pokusil definovat obstrukční defekační syndrom (ODS). Ve svém vystoupení „Jak na ODS cestou ODS“ seznámil účastníky se svými zkušenostmi s technikou laparoskopické dorsální rektopexie formou *one day surgery* (ODS).

Zajímavým sdělením byla i práce autorů MUDr. Petra Herdegena a MUDr. Pavla Hoferky z Chirurgické kliniky 1. LF UK a FTNsP Praha o komplexní terapii análních fisur. I tyto autoři nadhodili



Zleva Giangaetano Delaini, Antonio Longo, Anatoly Ferdman a Tomáš Skřička. | Foto: archiv pořadatele

otázku nehrzení některých moderních postupů, například užití botulotoxinu. Diskuse ukázala, že je zde prostor pro jednání a vyjednávání pro Českou chirurgickou společnost ČLS JEP.

Odborná část kongresu byla za-

končena debatou u kulatého stolu, kterou řídil přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol a předseda koloproktologické sekce ČCHS prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc. Tématem byla „Praktická proktologie – organizace, součas-

ný stav a perspektivy“. Účastníci setkání se rozešli v dobré víře v to, že navzdory tristní situaci v organizaci a vedení našeho zdravotnictví jejich obor není „tam, kde leží těžiště jejich hlavního zájmu“...

Markéta Mikšová

Inzerce A111011805



# S námi rostete

Díky nám profesně  
dokáže vyrůst každý



# Sestra+

INZERCE e-mail: obchod.ms@mf.cz

PŘEDPLATNÉ tel. 800 300 302, e-mail: predplatne.mf@cpost.cz





# Neurologická onemocnění – přehlížená hrozba 21. století

„Choroby centrálního a periferního nervového systému se v populaci vyskytují častěji než rakovina. Podle posledních výpočtů stojí evropskou ekonomiku 386 miliard eur ročně,“ uvedl na letošním 21. kongresu Evropské neurologické společnosti (ENS) v Lisabonu její prezident Zohar Argov.

**D**o portugalského hlavního města se na v pořadí již 21. setkání konané na konci května sjelo více než 3200 odborníků z celého světa.

## 2014 – Rok mozku

Neurologickými onemocněními trpí v Evropské unii nejméně 50 milionů lidí (údaj pochází z dokumentu WHO nazvaného „Neurology Atlas“) a jejich incidence stoupá. Podle účastníků kongresu ENS se těmto chorobám stále nevěnuje tolik pozornosti, kolik by zasloužily – a to i přes skutečnost, že náklady s nimi spojené dosahují třetiny všech výdajů na zdravotní péči v EU. „Nemocem mozku a nervového systému je věnována mnohem menší pozornost než například onkologickým či kardiovaskulárním onemocněním,“ podotkl prezident ENS. „Nicméně jsme potěšeni, že naše snaha zvýšit povědomí o těchto chorobách začíná nést ovoce a EU se tomuto tématu věnuje mnohem více než v minulosti. Byly vytvořeny nejrozličnější strategie a například rok 2014 by měl být vyhlášen Rokem mozku,“ připomněl profesor Zohar Argov z jeruzalémské univerzity v nemocnici Hadassah.

K nejrozšířenějším neurologickým chorobám patří migréna, podle statistik jí trpí až 41 milionů Evropanů, okolo 4,5 milionu obyvatel EU se potýká s některou formou demence, přibližně 2,6 milionu jich trpí epilepsií, asi 1,1 milionu Parkinsonovou chorobou a přibližně milion Evropanů ročně postihne cévní mozková příhoda (CMP). Naopak k vzácnějším onemocněním patří myopatie, jež však mají velmi vážný dopad na život pacientů.

## Zaostávající financování

Cévní mozková příhoda je jednou z nejčastějších příčin úmrtí či doživotního postižení. Znamená záležet nejen pro samotného pacienta a jeho okolí, ale i pro rozpočet. „V posledních deseti letech jsme dosáhli neuvěřitelného pokroku mimo jiné v pochopení molekulárních a buněčných mechanismů mozkové mrtvice,“ uvedl profe-

sor José Manuel Ferro z Lisabonské univerzity, který vyzdvihl především nové poznatky v oblasti výzkumu kmenových buněk, jež by se daly využít pro „opravu“ mrtvicí poškozených center mozku, dále poznatky týkající se vztahů mezi nervovým a imunitním systémem, které ovlivňují vznik a průběh cévní mozkové příhody, nebo potvrzení účinnosti hypotermie jako metody, jež dokáže ochránit zasažený mozek před dalším poškozením.

„Zařazení těchto nových postupů a poznatků do klinicky aplikovatelné léčby jistě zachrání řadu životů, předejde nejrušnějším postižením a sníží náklady na péči o pacienty. Navzdory zmíněným přednostem nových léčebných postupů a skutečnosti, že socioekonomický dopad CMP je srovnatelný s dopadem rakoviny, AIDS nebo Alzheimerovy choroby, financování výzkumu v této oblasti stále zaostává,“ doplnil prof. Ferro.

## Deprese a úzkosti pacientů s CMP

Dr. Jennifer H. Whiteová z Newcastleské univerzity v australském Novém Jižním Walesu na kongresu prezentovala výsledky nejnovější studie týkající se deprese a úzkosti u pacientů, kteří prodělali CMP. „Deprese i úzkost postihují po mrtvici třetinu lidí, navíc tyto choroby často zůstávají neléčeny,“ upozornila s tím, že jejich nejčastější příčinou bývá postižení v důsledku CMP a nedostatečná sociální podpora pacienta. „Rehabilitace by se u lidí, kteří prodělali CMP, neměla soustředit pouze na fyzické uzdravení, ale měla by se ve větší míře zaměřit také na psychiku pacienta,“ řekla doktorka Whiteová. Jak vyplývá ze studie, na níž se podílela, zatímco úzkost u většiny postižených po čase odezní, deprese – pokud není léčena – nikoli.

Výzkum se snažil odhalit možnosti predikce deprese a úzkosti u pacientů po CMP. Jeho autoři sledovali po dobu 12 měsíců 134 lidí, s nimiž po uplynutí 3, 6, 9 a 12 měsíců od mozkové příhody probí-



ilustrace: utihcsa.edu

rali jejich psychický stav (změny nálad apod.), kvalitu života, sociální podporu a fyzický stav. Jedinými znaky, jež pacienty po CMP trpící depresí či úzkostí spojovaly, byly nedostatečná podpora okolí a předchozí onemocnění depresí, tudíž není možné předem odhadnout, zda u nich k rozvoji psychické nemoci dojde. „Naše studie dokazuje, že lidé po mrtvici vyžadují dlouhodobý monitoring ze strany psychologů a psychiatrů. Navíc je nutné více zapojit i jejich rodiny, aby bylo možné vzniku deprese a úzkosti předejít,“ zdůraznila Jennifer Whiteová.

## Migrény po menopauze – zlepšení, či zhoršení?

Italští neurologové seznámili účastníky sympozia s výzkumem zaměřeným na zhoršení či naopak zmírnění migrén u žen po menopauze, v jehož rámci se mimo jiné snažili zjistit, zda mohou být bolesti hlavy u těchto žen předvídatelné. Skutečnost, že změny hladiny hormonů v těle mohou způsobit vážné bolesti hlavy, je podle vědců z Turínské a Novarské univerzity, kde výzkum probíhal, poměrně známá. Prevalence migrény u žen obvykle stoupá společně s věkem, po menopauze se však může výrazně zhoršit, ale také zlepšit.

Autoři studie se zaměřili na údaje 367 postmenopauzálních žen (u 76 z nich došlo k menopauze v dů-

sledku chirurgického zákroku), které trpěly migrénou. Sledovali u nich nejen vývoj onemocnění po přechodu, ale také faktory jako například závislost migrény na menstruačním cyklu, počet těhotenství, užívání hormonální antikoncepce nebo výskyt migrény v rodině. K překvapení vědců nebyly mezi oběma skupinami účastnic zjištěny žádné významné rozdíly – ke zlepšení migrény došlo u 16,5 % žen, u nichž menopauza nastala přirozenou cestou, a u 14,3 % z těch, u nichž jí bylo dosaženo chirurgicky. Zatímco u 91,7 % žen, které popsaly ataky migrény po menopauze jako méně vážné než před ní, byla zjištěna korelace mezi tímto onemocněním a menstruací, u žen, jejichž migréna se po přechodu zhoršila či zůstala nezměněná, byl vztah mezi menstruací a migrénou zjištěn pouze v 71,6 % případů.

## Role *Helicobacter pylori* při migréně

Migrénou se zabýval i iránský výzkumný tým, jenž se zaměřil na otázku vztahu migrény a infekcí způsobenou *Helicobacterem pylori*. „*Helicobacter pylori* ovlivňuje míru bolesti a frekvenci ataků migrény,“ uvedl Mohammad Saadatnia z Isfahánské lékařské univerzity. Společně se svými kolegy sledoval po dobu 1 roku 105 pacientů s migrénou. Ti byli rozděleni do dvou skupin – u 55 účastníků

studie (52,4 %) byl *Helicobacter pylori* zjištěn, vyšetření zbývajících pacientů bylo negativní. Jak vědci zjistili, infekce zmíněnou bakterií zvyšuje závažnost i četnost migrény, a to nezávisle na věku, pohlaví, typu migrény nebo rodinné anamnéze. Doktor Saadatnia proto doporučil, aby byl u každého, kdo trpí migrénami, proveden i test na infekci *Helicobacterem*. Při pozitivním nálezu je pak podle něho nutné začít s léčbou. „Vhodná terapie by u pacientů s migrénou měla mít za následek zmírnění bolesti,“ uvedl. Bakterie je v populaci poměrně rozšířená, její prevalence dosahuje v průmyslových zemích až 30 %.

## rTMS – naděje pro Parkinsoniky

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) představuje podle izraelských neurologů významnou metodu jak zlepšit motorické funkce u pacientů s Parkinsonovou chorobou. „Díky předchozím studiím jsme věděli, že repetitivní transkraniální magnetická stimulace může být účinným a bezpečným neinvazivním způsobem stimulace mozku,“ vysvětlil vedoucí výzkumu dr. Oren Cohen z izraelského Sheba Medical Centre. Jeho tým rozdělil 19 pacientů s Parkinsonovou chorobou do dvou skupin – první z nich podstoupila nízkofrekvenční stimulaci (1 Hz) motorického kortexu a vysokofrekvenční stimulaci (10 Hz) prefrontálního kortexu pomocí rTMS. Účastníci studie z druhé skupiny byli vystaveni pouze účinkům nízkofrekvenční stimulace motorického kortexu. Všichni pacienti podstoupili 12 ošetření během 30 dnů. Výsledky byly sledovány po 1, 10, 30 a 60 dnech.

Zatímco u první skupiny pacientů s Parkinsonovou chorobou zapojených do studie došlo k jasněmu zlepšení motorických funkcí, jež bylo patrné i po 60 dnech od započetí terapie, u druhé skupiny vědci zaznamenali pouze mírné zlepšení 30. den od zahájení rTMS. „Ačkoliv tato oblast potřebuje ještě další studie a potvrzení našich výsledků, doufáme, že se nám podařilo přispět k budoucímu rozšíření terapeutických možností pro nemocné s Parkinsonovou chorobou,“ komentoval práci svého týmu dr. Cohen.

## Spánkový deficit – důležitý rizikový faktor

„Syndrom neklidných nohou patří k nejběžnějším poruchám spánku a ve srovnání se zbytkem populace postihuje dvakrát častěji těhotné ženy. Nyní se však zdá,



že můžeme svým pacientům nabídnout jednoduchou a přitom účinnou léčbu," informoval kolegy na kongresu profesor Claudio Bassetti z Lugana. V rozvinutých zemích se podle něho syndrom neklidných nohou (RLS) vyskytuje u 5–10 % populace, v těhotenství je však zjištěn u 10–20 % žen. „Některé studie spojují RLS u těhotných s nedostatkem železa. Rozhodli jsme se proto zjistit, zda syndrom vymizí po vyřešení problému s deficitem železa, a podávali jsme gravidním pacientkám infuze s komplexem maltózy a železa," popsal prof. Bassetti. Podle výsledků studie došlo k výraznému zlepšení syndromu neklidných nohou u 90 % účastnic studie, u některých dokonce již první noc po nasazení léčby.

Tým profesora Bassettiho se však problematice spánku věnoval i z jiného úhlu, a to z pohledu role spánku v uzdravování mozku po cévní mozkové příhodě. „Již nějakou dobu odborníci hovořili o tom, že nedostatek spánku či přerušovaný spánek negativně ovlivňuje regeneraci mozku po CMP, jasné důkazy podporující tuto teorii však chyběly," uvedl Claudio Bassetti. Společně se svými kolegy na myším modelu experimentálně prokázal, že spánková deprivace skutečně komplikuje uzdravení mozku po CMP. „Poté, co jsme u myši vyvolali cévní mozkovou příhodu, jsme je rozdělili do dvou skupin. První z nich byla vystavena spánkové deprivaci, druhá pak mohla spát tak často, jak chtěla. Po 14 dnech jsme byli schopni jasně vidět rozdíly v uzdravování mezi oběma skupinami. Po 35 dnech došlo u myši vystavených nedostatku spánku k uzdravení méně než 50 % poškozených částí mozku, zatímco u druhé skupiny k re-

generaci většiny těchto míst," popsal profesor Bassetti s tím, že je však nutné provést na toto téma další výzkumy.

### Podstata sexuální orientace – otevřený téma

Ředitel San Francisco Clinical Research Center dr. Jerome Goldstein věnoval svoji přednášku problematice sexuální orientace člověka. „Sexuální orientace není možností volby, je dána od narození. Existují pro to nepopíratelné důkazy," prohlásil. Svá slova dokumentoval na záznamech rozdílu mozkové činnosti u lidí s různou sexuální orientací (homosexuální, heterosexuální, bisexuální) pořízených pomocí MRI, fMRI a PET. Vycházel přitom z dřívějších studií dvojčat, jež se zabývaly možnostmi genetického ovlivnění sexuální orientace. Doktor Goldstein pak vytvořil databázi jednovaječných dvojčat, jež se podrobila vyšetření na MRI, fMRI a PET.

„Podařilo se nám zjistit významné rozdíly ve velikosti amygdaly mezi homosexuálními a heterosexuálními účastníky studie," popsal Jerome Goldstein a připomněl, že s podobnými závěry veřejnost nezávážně seznámili rovněž vědci ze švédského Karolinska Institutet, kteří přišli na skutečnost, že mozek homosexuálního muže je podobný mozku heterosexuální ženy a mozek homosexuální ženy v mnoha aspektech odpovídá mozku heterosexuálního muže. „Je nutné, abychom ve výzkumech odlišností či podobností mozků heterosexuálů, homosexuálů, bisexuálů a transsexuálů pokračovali. Je evidentní, že podstata naší sexuální orientace leží v mozku, a proto bychom se jí jako neurologové měli dále zabývat," uzavřel dr. Goldstein.

Květa Havlová

# Apixaban předčil aspirin

Až pro polovinu pacientů ohrožených atriální fibrilací se jeví jako nevhodná léčba antagonisty vitamínu K, mnozí proto preventivně užívají kyselinu acetylsalicylovou. Vědci nyní přicházejí s další léčebnou modalitou.

Na mezinárodní konferenci pořádané American Stroke Association referoval německý neurolog Hans-Christoph Diener z Essenské univerzity o studii, v které byl testován nový antikoagulační lék apixaban. Lék inhibuje srážlivý faktor Xa. Do studie bylo zařazeno 5600 pacientů s fibrilací síní,

kteří z nějakého důvodu nemohli užívat léky na bázi antagonistů vitamínu K. Riziko iktu bylo u těchto pacientů hodnoceno jako střední až vysoké.

Kontrolní skupina užívala aspirin v dávkách od 84 do 324 miligramů denně. Pokusné skupině byl podáván apixaban v dávce 2,5 miligra-

mu dvakrát denně. Výskyt iktů činil u skupiny užívající apixaban 1,6 %. U skupiny užívající aspirin dosáhl více než dvojnásobku, konkrétně 3,6 %. Nežádoucí vedlejší příznaky, především krvácení do mozku, nebylo u skupiny užívající apixaban průkazně vyšší.

(Zdroj: American Stroke Association) (jap)

## Virová komplikace leishmaniózy

Při nákaze parazitickým prvokem *Leishmania* je mobilizována imunitní odpověď makrofágů. Některé kmeny Leishmanií jsou však infikovány virem, které mohou reakci makrofágů narušit.

To je důvod, proč některé kmeny Leishmanií ze Střední a Jižní Ameriky vyvolávají rozsáhlé kožní léze a řadu dalších zdravotních komplikací. Dispozice k nákaze virem vzniká u Leishmanií po ztrátě některého z klíčových regulačních mechanismů RNA-interference. Ztráta RNA-inter-

ference představuje z evolučního hlediska značný handicap. Na druhé straně však infekce virem napomáhá Leishmanií při zdolávání imunity hostitele. Tím se handicap do značné míry kompenzuje.

Výsledky výzkumu otevírají nové možnosti pro léčbu mukoku-

tánních forem leishmaniózy. Podle vedoucího výzkumného týmu Stephena Beverleyho z Washingtonovy univerzity v St. Louis by u závažných případů leishmaniózy pacientům mohla pomoci léčba antivirotiky.

(Zdroj: Science) (jap)

## Vyžralost plíc plodu nezabrání potížím



Ilustrační foto: Shutterstock

Děti narozené mezi 36. a 38. týdnem gravidity jsou vystaveny vyššímu riziku respiračních problémů, i když u nich testy prokázaly vyžralost plicní tkáně.

Prokázala to dvanáctiletá studie týmu amerických neonatologů, jejíž výsledky prezentoval Victor Fang na kongresu Pregnancy Meeting v San Francisku.

Lékaři srovnávali zdravotní stav novorozenců, kteří při narození ve 36. až 38. týdnu těhotenství vykazovali normální stav plicní tkáně, s novorozenci narozenými ve 39. až 41. týdnu. Jako kritérium sloužilo např.

umístění novorozence na jednotku intenzivní péče, délka pobytu na jednotce, široké spektrum respiračních potíží včetně syndromu respirační tísně či přechodné tachypnoe novorozenců, výskyt hypoglykemie nebo sepse. Studie prokázala, že morbidita dříve narozených dětí je průkazně vyšší.

(Zdroj: Society for Maternal-Fetal Medicine)

(jap)

## Boj proti chřipce je lepší odložit

Opatření, jež mají zabránit šíření chřipky, je po propuknutí epidemie lepší odložit o několik týdnů. Toto doporučení vyplývá ze závěrů studie britských a nizozemských epidemiologů z Utrechtské univerzity a londýnské Imperial College.

„Když epidemii nelze zabránit, pak se často předpokládá, že je třeba nasadit všechny prostředky proti jejímu šíření okamžitě," říká vedoucí studie Deirdre Hollingsworthová z Imperial College. „V naší studii jsme však zjistili, že pokud tato opatření odložíme o několik týdnů, přináší to s ohledem na zdraví veřejnosti stejný výsledek, jako když jsou uplatněna bezprostředně. Jestliže vezmeme v úvahu, jaký dopad mají na společnost, pak je na počátku epidemie lepší držet se zpátky. Když dokáže-

te dodržovat opatření jen po omezený čas, je vysoce pravděpodobné, že se epidemie vrátí, jakmile opatření poleví. Jejich odložení o několik týdnů však riziko návratu epidemie snižuje."

Pokud je cílem omezit prevalenci onemocnění, pak stačí i mírná opatření, jež budou zavedena co nejdříve. Když se jedná o omezení celkového rozsahu epidemie, jsou zapotřebí tvrdší kroky, ale ty lze uplatnit později.

(Zdroj: PLoS Computational Biology) (jap)

## Genetický základ primárního aldosteronismu

Asi 5 % pacientů s hypertenzí trpí benigním nádorem nadledvin, který produkuje zvýšená množství aldosteronu. Švédsko-americký tým nyní objevil genetickou příčinu vzniku těchto nádorů a zároveň tak odhalil dědičný základ primárního aldosteronismu.

Tým genetiků z Uppsalské univerzity a z Yaleovy univerzity sekvenoval exom nádoru i zdravé tkáně a pátral po známkách narušené exprese některých genů. Ukázalo se, že u pacientů s primárním aldoste-

ronismem dochází k mutaci genu KCNJ5 pro specifický draslíkový iontový kanál. Porucha funkce tohoto iontového kanálu má za následek, že kanálem neprocházejí specificky jen ionty draslíku, ale také ionty

sodíku. To přispívá k růstu nádoru a nadměrné produkci aldosteronu. Mutace genu KCNJ5 je také základem velmi vzácné dědičné forma těžké hypertenze.

(Zdroj: Science) (jap)

# Importované nákazy z pohledu cestovní medicíny

Problematickému tématu prevence importovaných infekcí se v rámci odborného semináře, který 7. června pořádala Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČSL JEP ve spolupráci se Společností infekčního lékařství ČLS JEP v Lékařském domě v Praze, věnoval **prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.**, z Centra očkování a cestovní medicíny Hradec Králové a subkatedry tropické a cestovní medicíny IPVZ Praha.

**P**rofesor Beran zahájil své vystoupení dvěma důležitými poznámkami – v té první upozornil na to, že prevence importovaných nákaz je velmi komplexní činnost, vyžadující mravní práci, v té následující pak zdůraznil, že infekce sice při cestování patří k závažným zdravotním problémům, ale nikoli k těm zásadním. Tento názor podpořil statistikami, které ukazují na to, že až 60 % zdravotních potíží cestovatelů tvoří úrazy a nehody motorových vozidel (ne každý si například zvykne na to, že v tropech se jezdí vlevo). K dalším čistě zdravotním problémům cestovatelů patří nemoci, jimž lze předcházet očkováním, choroby přenášené komáry, klíšťaty a dalšími vektory. Na čtvrtém místě je to pak expozice krvi, krevním produktům a tělesným tekutinám. Mezi potíže, které cestovatele mohou potkat, ovšem patří rovněž psychologické problémy, okradení nebo eticko-náboženské odlišnosti (oblékání, společenské zvyklosti apod.).

## Nákazy kosmopolitní a tropické

Autor přednášky dále upozornil, že lékař, který se věnuje infekční medicíně, by měl vždy vědět, v jakém poměru se z jednotlivých kontinentů a regionů importují nákazy kosmopolitní (tj. vyskytující se na celém světě) a typicky tropické (s výskytem v daném podnebném pásmu)

Prevalenci tropických a kosmopolitních onemocnění, kde dominantním příznakem byla horečka, prof. Beran demonstroval tabulkou (*Bottieau E, Clerinx J, Van den Enden E et al. Medicine 2007; 86 (1): 18–25*), která by podle něj měla viset i v ordinaci každého praktického lékaře. Její autoři se problematikou zabývají dlouhodobě a testovali kolem pěti tisíc pacientů. Ukázalo se, že zatímco v rovníkové Subsaharské Africe je tropických infekcí asi o 30 % víc, v jihovýchodní Asii a Tichomoří již převládají kosmopolitní impor-



Profesor Jiří Beran. | Foto: Leoš Chodura

tované infekce. V Jižní Americe je pak kosmopolitních infekcí přibližně 3x více a v Severní Africe téměř 7x více oproti tropickým. Člověk, který cestuje po světě, včetně exotických oblastí, tedy nemusí vždy nutně onemocnět jen tropickou nákazou, ale i naprosto běžnou infekcí.

Při pohledu na zmíněnou mapu se ukazuje, že v Subsaharské Africe nejvíce hrozí tropická malárie, rickettsiové infekce a akutní schistosomóza, v jihovýchodní Asii a Tichomoří je to především horečka *dengue* a dále pak třídenní malárie. V severní Africe a na Blízkém východě by nás podle slov profesora Berana měla zajímat bakteriální enteritida, vůbec nejčastější importovaná nákaza z této oblasti. Pokud se tedy někdo odtud vrátí s horečkou a průměrně, je na místě myslet na bakteriálního původce. Důležité je zmínit skutečnost, že u čtvrtiny až poloviny pacientů, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení s uvedenými problémy, se nezjistí etiologie.

## Snadný omyl s fatálními důsledky

Pokud k naze došlo mimo stát, kde má pacient trvalé bydliště, a během cesty nebo krátce po návratu se u cestovatele projeví některé klinické příznaky jako horečka, průjem, respirační obtíže či různé kožní projevy, zaměření diagnostiky bude jistě relativně snadnější. Po delší době od návratu už ale identifikace může být ztížena, zvláště když pacient sám neupozorní lékaře na svůj zahraniční pobyt, protože časový odstup se mu zdá už příliš velký a informovat o něm nepovažuje za podstatné. Může se pak stát, že takový člověk přijde například po měsíci od svého návratu do ordinace s horečkou, a zvláště pokud je to v zimním období, lékař jej zpravidla odbude s tím, že jde o respirační nákazu či virózu, a nasadí mu běžné léky. To bylo podle Jiřího Berana patrně i důvodem dvou úmrtí na malárii u nás, o nichž referovala v předcházejícím vystoupení RNDr. Eva Nohýnková z Kliniky infekčních a tropických nemocí I. LF UK a FN Na Bulovce.

## Nejsou rizikové oblasti, jen rizikové turisté

Import infekčních onemocnění a vznik úrazů je podle autora sdělení přímo úměrný rizikovému chování jednotlivých osob v určité destinaci. S trochou nadšáků to edukačně ilustroval na

příkladech běžného turistu, cestovatele za sexem a příslušníka americké námořní pěchoty. Pro prvního z nich je největším problémem cestovatelský průjem, druhý, který se chce chovat rizikově a v jihovýchodní Asii vyzkoušet každou partnerku na pláži, nesmí být překvapen následnými komplikacemi, které z toho plynou. Voják z americké pěchoty je ohrožen v první řadě pohlavní chorobou a ve druhé pak pokousáním psem, protože když se vrací opilý na loď, psa vždy nakopne a on jej pokouše...

Jistě je důležité vědět i to, kde Češi nejčastěji tráví svou dovolenou. Nejoblíbenější destinací je dlouhodobě Chorvatsko, následuje Slovensko, Itálie, na pátém místě je Řecko. Itálie má poměrně vysokou návštěvnost z důvodu kumulace jak letní, tak zimní dovolené. V Rakousku se Češi vyskytují především v zimě. Přibližně stejný počet jako do Rakouska jich dnes ovšem jezdí i do Egypta (do roku 2008 počet turistů cestujících do této země neustále rostl až na 242 tisíc, v posledním roce samozřejmě tato data mohou být jistým způsobem zkreslena).

## Standard příprav na cestu

Podle doporučení profesora Berana je nutné na prvním místě s cestovatelem či turistou před jeho odjezdem prodiskutovat cestovní pojištění (pozornost je třeba věnovat i výjimkám z tohoto pojištění). Jak už bylo zmíněno, nejvíce problémů tvoří úrazy, které navíc mohou být spojeny i s následnou infekcí. Vše se obejde bez větších problémů, pokud si takto postižený člověk bude moci zaplatit antibiotika a příslušnou léčbu.

Při očkování je třeba myslet na určitý standard (pro téměř všechny rozvojové země se jedná o VHA a VHB, BT, Te, Di) a také připravit cestovatele na to, co je nejčastějším problémem – tedy cestovatelský průjem (prostředky k rehydrataci a protiprůjmové léky). Rovněž je důležité zohlednit možné respirační nákazy a postižení kůže.

Na co se naopak podle slov odborníka připravit nemůžeme, je kontakt s domorodým obyvatelstvem. Ještě před 20 lety, když za Kanaky dorazila delegace z Francie, která měla vyjednávat samostatnost jejich území v Nové Kaledonii, si příslušníci daného etnika všechny diplomaty upekli a snědli. Přestože dnes byly podobné obřady patrně vymýceny, doporučuje se do vzdálených domorodých vesnic raději nejezdit...

## Očkování

Základem očkování, jež je schopno zabránit přibližně čtyřem až pěti důležitým infekcím, které se k nám importují, by pro každého cestovatele – i pokud jede například jen ke Středozezemnímu moři – měly být vakcíny proti VHA a VHB. Ten, komu exspirovalo očkování proti tetanu, by měl dostat vakcínu proti záškrtu, tetanu a černému kašli.

Před cestou do zemí Subsaharské Afriky, Střední a Jižní Ameriky by určitě mělo proběhnout očkování proti žluté zimnici (je uváděn relativně vysoký počet zemřelých z počtu aparentně nemocných). Klienti se údajně často brání argumentací, že po nich nikdo očkovací průkaz nechtěl. „Je to pravda – jakmile cestujete do Keni nebo Tanzanie, nikdo ho po vás nebude vyžadovat. Ale zkuste například v rámci jedné cesty přeletět na Zanzibar – nepustí vás tam. A totéž platí o Jižní Americe – jakmile budete chtít cestovat mezi jednotlivými státy, bude vyžadován platný očkovací průkaz,“ dodává Jiří Beran.

Pro uvedené oblasti je tedy imunizace proti žluté zimnici povinná dle IHR pro osoby starší 12 měsíců. Před vstupem do endemické oblasti by měla být aplikována jedna dávka, která má platnost 10 let, po přeočkování nastupuje okamžitá protekce. (Doporučení: Stamaryl současně kombinovat kdykoli před a po s vakcínami „neživými“ a „živými“ vakcínami ve stejný den nebo v rozestupu 4 týdnů.)

Autor přednášky v této souvislosti rovněž upozornil na skutečnost, že už několik let platí nová verze Mezinárodního očkovacího průkazu (MOP) podle Mezinárodního zdravotního řádu, kterou se podařilo přeložit, upravit a vznikl tak jednoduchý návod k jeho vyplnění. Dobrou zprávou je, že během několika týdnů bude připravena prezentace s podrobnými instrukcemi jak anglicky zapsat do MOP jakoukoli dostupnou českou vakcínu – ať už se jedná o očkování pediatrické či pro dospělé osoby.



## Vakcinace pro cesty do zahraničí

### Vakcinace proti VHA

Monovalentní vakcína proti VHA, 2. dávka za 6–18 měsíců (dle výrobce). Nástup ochrany již po 15 dnech od první dávky. Vhodné zejména pro cestovatele „na poslední chvíli“. Přeočkování – ochrana 20 až 30 let

### Vakcinace proti VHB

Monovalentní vakcína proti VHB, schéma aplikace 0–1–6 měsíců. Nástup ochrany již po druhé dávce vak-

cíny, po třetí dávce bez přeočkování. Není vhodné pro cestovatele na „poslední chvíli“

### Kombinovaná vakcína (VHA+VHB)

Komplexní ochrana proti hepatitidám při cestování. Pouze tři injekce místo pěti, účinnost stejná, bez přeočkování. Cenově výhodnější oproti monovalentním vakcínám. Možno aplikovat u všech věkových skupin od 1 roku věku.

### Vakcinace proti BT

Jedna dávka vakcíny = jedna injekce. Pro osoby starší 24 měsíců cestující do oblasti výskytu. Nástup ochrany po 14 dnech, ochrana jen na 3 roky.

### Vakcinace proti záškrtu, tetanu a černému kašli

Jedna dávka vakcíny = jedna injekce. Pro osoby s dokončeným očkováním cestujícím do oblasti výskytu.

### Cestovatelský průjem

U 30–70 % turistů na dvoutýdenní zahraniční cestě vznikne cestovatelský průjem. Podle profesora Berana se na jeho rozvoji neblaze podepsal i obchodní trend cestovních kanceláří nabízet slevy na děti (od roku 2004 velice výrazný), přitom právě u dětí lze riziko nákaz zabránit mnohdy jen obtížně.

V důsledku cestovatelského průjmu je 40 % turistů nuceno změnit nebo upravit svůj cestovní program, 25 % postižených je upoutáno na lůžko a u 3 % přetrvávají dlouhodobé gastrointestinální problémy. Z toho by podle autora sdělení měla vycházet další důležitá rada pro lékařskou konzultaci – jistě ne každého klienta lékař vybaví na cestu rifaximinem, ale určitě jej doporučí například politikovi, který musí na cílovém místě vést důležitá jednání a nemůže riskovat, že většinu své mise stráví na toaletě. Dále je třeba mít na mysli, o jaké původce se dle oblasti

nejčastěji může jednat – například v Indii jsou nejčastějšími původci chronického průjmu parazité.

### Respirační nákazy

Respiračním infekcím lze bohužel předcházet jen velmi těžko, ať už se jedná o postižení dýchacích cest (chřipka, legionelóza, tuberkulóza, SARS), klasické respirační nákazy (nemoci z nachlazení, rinoviry, RS viry, koronaviry) či nákazy s aerogenní cestou přenosu a afinitou k jinému orgánu (meningokoková meningitida typ A a W135, spalničky).

### Postižení kůže

Zdrojem třetí nejčastější příčiny zdravotních problémů na cestách je působení zevního prostředí, především slunečního záření. Pokyny o výbavě ochrannými UV faktory jsou samozřejmostí. Ze živočichů mohou způsobovat kožní problémy medúzy, létavý hmyz (hlavně komáři) a dále klíš-

ata nebo uštknutí hadem. Kdo déle pobývá v tropech, ví, že komár zde nebučí jako ten český, ale přiletí a bodne... Je proto vždy dobré být vybaven repelentem. Ani cestování v období sucha není zárukou, že počet komárů bude výrazně nižší. Stačí, aby například tři čtyři dny přišlo, a komáři se opět vyrojí. Ženy také často velmi trápí blecha písečná, která zanechává bílé ploché jizvy na lýtkách.

Kůže může být napadena rovněž parazity (larva *cutanea migrans*) nebo plísněmi. Z ostatních onemocnění kůže je třeba počítat i se spalničkami nebo se může rozvinout tropický vřed, případně kožní projev afrického návratného tyfu.

### Komplexní poradenství – základ prevence importu infekcí

V závěru svého vystoupení autor shrnul nejdůležitější pokyny k přípravě klienta na cestování. V první řadě je třeba znát očkov-

ací standardy a vyhodnotit potřebu přeočkování. Je důležité upozornit na neustálou obezřetnost při výběru potravin a doporučit pít pouze jednorázové balené vody. Z vlastní zkušenosti uvedl, že ani vyšší počet hotelových hvězdiček nemusí být vždy zárukou kvality. Naproti tomu například jídlo připravené v Thajsku na ulici bývá obvykle dokonale uvařeno a propečeno, tudíž jsou zde rizika alimentárních nákaz minimální.

Dále je třeba u každého rodinného příslušníka šít pohotovostní léčbu na míru. Vždy je dobré mít dva až tři léky s různým účinkem – střední dezinficiencia, která tlumí motilitu, a případně jako vrchol také střední antibiotikum, zvláště pokud jde o putovní cestování.

O chemoprophylaxi malárie se již napsalo mnoho. Stačí se přidržovat pravidla, že do Indie, Latinské Ameriky a jihovýchodní Asie není potřeba profylaxe a při pobytu na 12–14 dní není nutná ani pohotovostní léčba. Daleko důležitější je expoziční profylaxe (proti hmyzu a vektorům). Je třeba mít velmi dobrý repelent a insekticid (např. Expedition 50 a 100 – DEET /diethyltoluamid/ 50 a 95 %).

V oblasti prevence respiračních nákaz je téměř nemožné něco doporučit. Naopak na rizika kontaktu se sexuálními pracovníci je třeba stále upozorňovat, protože jsou velmi vysoká. Rovněž je důležité neopomenout pásmovou nemoc (*jet lag*), která má vliv na imunitní systém. Britové například podle profesora Be-

rana v poslední době běžně létají s kojenci do tropů, kde časový posun činí šest hodin, a za týden se vrací na zpět, což může mít nepochybně určitá zdravotní rezidua. Cestovní kanceláře však nechtějí říkat svým klientům nic, co by je vyděsilo a odlákalo od exotické cesty. Stále je také třeba zdůrazňovat zajištění zdravotního pojištění, a proto doporučuje uložit kopie cestovních dokladů na internet pro případ jejich odcizení.

### Přistání na Ruzyni ještě nemusí znamenat dobrý konec...

Prevenční importovaných nákaz tedy podle Jiřího Berana rozhodně nelze redukovat pouze na očkování a antimalarickou profylaxi. Je součástí poměrně širokého spektra cestovní medicíny, kde hraje podstatnou roli i řada uvedených „nemedicínských faktorů“, které ale zpětně mohou významně ovlivnit zdravotní stav. Za zásadní krok při konzultaci s cestovatelem lze považovat vypracování podrobné písemné informace, kterou je nutné s klientem detailně probrat. V rámci této přípravy je důležité upozornit na to, že pokud po návratu ze zahraničí nastane jakýkoli zdravotní problém, je třeba informovat svého praktického lékaře o předchozím pobytu v dané destinaci. Opatrnosti je třeba zejména při vzniku horečky po návratu, kdy hrozí riziko, že bude ve zdravotnickém zařízení standardně řešena podáním antipyretika.

Jaroslava Sladká

Inzerce A111009279

GENERÁLNÍ PARTNER  UVÁDÍ

## LETNÍ SHAKESPEAROVSKÉ SLAVNOSTI 2011

| 18. 7. – 20. 8. |  
Praha | Brno | Ostrava

# JINDŘICH IV.

v inscenaci Lucie Bělohradské hrají: Jan Dolanský, Ladislav Mrkvička, Norbert Lichý, Martin Preiss, Martin Písařík, Zdeňka Žádníková / Klára Melíšková a další

www.shakespeare.cz | www.ticketportal.cz



## AKTUALITY

# CT přístroj nové generace

S nástupem zdokonalených počítačových tomografů (CT) lze významně snížit dávku záření, v některých případech dokonce až patnáctkrát oproti starším používaným přístrojům.

Jedním z nejvýznamnějších zdrojů radiační zátěže u obyvatel rozvinutých zemí je podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) i Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) vyšetření pomocí CT.

K nejmodernějším diagnostickým přístrojům patří i Somatom Definition Flash 2x128 od firmy Siemens, který je již několik měsíců v provozu na radiologickém oddělení Nemocnice Na Homolce. Jak uvádí přednosta tohoto oddělení prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc., „zejména díky své extrémní rychlosti a kvalitním detektorům vystavuje pacienty mnohem nižší radiační dávce než přístroje starší generace. Jeho další velkou předností je schopnost zobrazit koronární tepny bez nutnosti invazivního katetrizačního vyšetření. Umí rovněž mnohem přesněji zobrazit průtok krve mozkem, což se uplatňuje zejména při diagnostice akutních cévních mozkových příhod. V mnoha případech také nahradí invazivní angiografii při zobrazení tepenných výdutí.“ Ra-



Profesor Josef Vymazal s novým CT zařízením. | Foto: Nemocnice Na Homolce

diologové zmíněného pracoviště vyšetřili na novém CT již více než 3500 pacientů z celé České republiky, a to napříč všemi klinickými obory.

Podle sdělení vedení nemocnice je v plánu zakoupit co nejdříve také přídatný systém IRIS - SA-PHIRE, který specifickým potlačením šumu umožní získat kva-

litní zobrazení pacienta při ještě nižší intenzitě záření než dosud. Například při vyšetření srdce nebo břicha se tak dávka může snížit až na polovinu.

## Několik bonusů navíc

Nový přístroj Somatom Definition Flash má jako zdroj záření dvě na sebe kolmé rotující rent-

genové lampy. Je extrémně rychlý, zvládne téměř čtyři otáčky za sekundu, přičemž během jedné vytvoří 256 řezů vyšetřovanou tkání. Ve speciálním modu je schopen vyšetřit například celé srdce včetně koronárních tepen za dobu kratší než jedna sekunda. Právě díky této rychlosti se významně snižuje radiační dávka – při vhodném nastavení nyní při některých vyšetřeních srdce nepřesahuje 1 milisievert, což je mnohonásobně méně než na šestnáctiřadém CT přístroji.

Výhodou dvoulampového CT je rovněž možnost nastavit na každý zdroj záření jinou energii. To umožňuje spolehlivě odlišit kontrastní látku obsahující jod od vápníku usazeného například ve sklerotických tepnách a určit skelet v těle. Lékař se tedy daleko lépe orientuje v tkáních a dokáže snadno odlišit patologické jevy od kontrastní látky. Na novém CT lze využít i speciální aplikace, které jinde nejsou k dispozici – umožňují například provést analýzu močových kamenů a přesně určit jejich původ nebo zobrazit prokrvení plic a prokázat embolii plicnice. Systém má také tu výhodu, že dokáže vypočítat virtuální vyšetření bez aplikace kontrast-

ní látky (tzv. nativní vyšetření). To znamená, že se pacient nemusí podrobit vyšetření nejprve bez aplikace a poté s aplikací kontrastní látky – je tak opět ušetřen určité dávky záření.

## Důraz na kvalitu a bezpečnost

„Toto revoluční zařízení je tím nejlepším, co můžeme mít. Nejen že je extrémně rychlé, ale také významně šetří radiační dávku, již pacient dostává, což vůbec není zanedbatelný parametr. Jestliže se ovšem v současné době ve zdravotnictví razí strategie, že při výběrovém řízení je třeba hledět především na nejnižší cenu nabízených přístrojů, mohou se tato špičková zařízení kvůli své vyšší ceně paradoxně stát pro nemocnice nedostupnými. Může tak dojít k situaci, že si zaplavíme nemocnice levnými CT, ale pacienty budeme zbytečně zatěžovat radiačním zářením, a to při méně kvalitním vyšetření,“ varuje profesor Vymazal.

V současnosti je vyšetření pomocí nového CT umožněno všem nemocným, které doporučí ošetřující lékař. Čekací doby se pohybují od okamžitého vyšetření až do jednoho měsíce od objednání podle aktuality případu.

Jaroslava Sládková

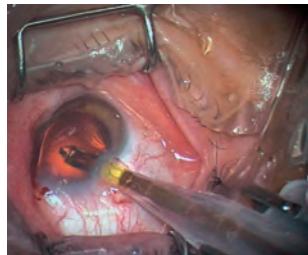
# U svaté Anny se za novou čočku neplatí

Brněnská Fakultní nemocnice u svaté Anny (FNUSA) provádí operace katarakty, astigmatismu a presbyopie jedním ambulantním zákrokem, při kterém je pacientovi implantována hydrofobní nitrooční čočka. Značná část těchto operací je hrazena zdravotní pojišťovnou.

Až 1200 pacientů ročně si u svaté Anny může zdarma nechat „spravit“ zrak zdarma, ačkoli na většinu soukromých očních klinik u nás by za podobný zákrok zaplatili z vlastní kapsy. „Nasmloovali

jsme s VZP možnost odoperovat ročně 1000 pacientů, u dalších pojištěn jsou to dvě stovky nemocných. Zákrok jim bude proveden bez finanční spoluúčasti,“ říká ředitel FNUSA Petr Koška. Hodnota jedné čočky činí zhruba 25 tisíc korun.

Podle přednosta Kliniky nemocí očních a optometrie LF MU a FNUSA doc. MUDr. Svatopluka Synka, CSc., technologie nitroočních čoček v současnosti zaznamenává výrazný pokrok. „Nabízíme moderní a komplexní řešení katarakty asférickou jednodusovou hydrofobní žlutou čočkou. Při šedém zákalu dochází ke zkalení přirozené čočky. Pacient vidí neostře a nekонтastně, časem může oslepnout. Jedinou možnou terapií je chirurgický zákrok, při kterém se zákal odstraní řezem



Do oka byla právě vpravena nová čočka. | Foto: Martin Ježek

maximálně 3 milimetry širokým. Jádro čočky se rozmělní titanovou jehlou, která vysílá vysokofrekvenční pulzy. Pak se obsah čočky odsaje a je nahrazen čočkou umělou,“ vysvětluje docent Synek. Parametry umělé čočky jsou ještě před zákrokem vypočítány na určenou výslednou hodnotu refrakce.

## Rychle a bezbolestně

MUDr. Renata Matějková z Refrakčního centra Kliniky nemocí očních a optometrie LF MU a FNUSA doplnila, že operace se provádí do 14 dnů od první návštěvy nemocnice, rekonvalescence po zákroku trvá pouze několik dní, poté je pacient schopen vykonávat běžné činnosti bez jakýchkoli omezení. „Zakalenou oční čočku odstraníme a místo ní do oka vpravíme kvalitní nitrooční čočku s nesmáčivým hydrofobním povrchem, ochranným žlutým filtrem a asférickou optikou. Operace se provádí v lokální anestezii, pacient při ní necítí bolest,“ popisuje doktorka Matějková.

Dříve se podle docenta Synka používaly monofokální sférické čočky. Po jejich implantaci sice pa-



MUDr. Matějková s jehlou, kterou se provádí operace katarakty.

| Foto: Martin Ježek

cient viděl dobře na dálku, ale nebyly u něj odstraněny optické vady očí. Proto musel například na čtení nadále používat brýle. „U současných čoček je zlepšena kvalita a ostrost obrazu i za zhoršených světelných podmínek, což je důležité u mnoha profesí, například u řidičů, ale také při sportu,“ uzavírá přednosta kliniky.

Martin Ježek



Docent Svatopluk Synek.

| Foto: Martin Ježek



# Jaterní cirhóza a portální hypertenze

Cirhóza je konečnou a nevratnou fází různých chronických jaterních onemocnění. Přechod od chronických zánětlivých změn a fibrózy do stadia jaterní cirhózy je postupný a je obtížné jej přesně stanovit. Ve svých důsledcích cirhóza vede k poruše jaterních funkcí a portální hypertenzi.

Úmrtnost na jaterní cirhózu je ve vyspělých zemích přímo úměrná spotřebě čistého alkoholu na jednoho obyvatele. V Česku je to 15 úmrtí na 100 000 obyvatel. Nejčastější příčinou cirhózy v ČR je chronický alkoholismus, virová hepatitida C, eventuálně kombinace těchto dvou faktorů

## Velmi rozdílná symptomatologie

Cirhóza je difúzní proces jater charakterizovaný nekrózou hepatocytů, uzlovitou regenerací jejich zbytků a množením vaziva. Pro vývoj cirhózy je zásadní pokračující zánětlivé poškození (zánětlivá infiltrace a nekróza buněk) a rychlost vazivové přeměny (fibrotizace). Aktivitu cirhózy i stupeň přestavby lze určit histologickým vyšetřením na základě jaterní biopsie. Klasifikace spočívá především ve zjištění příčiny cirhózy, zhodnocení funkčního stavu a v posouzení přítomnosti komplikací. Významným faktorem, který ovlivňuje klinický obraz i komplikace jaterní cirhózy, je portální hypertenze.

Ve vývoji jaterní cirhózy je různě dlouhé preklinické stadium následováno fází kompenzované jaterní cirhózy a následně rozvojem komplikací. Stupeň pokročilosti jaterní cirhózy se hodnotí Childovou-Pughovou klasifikací či pomocí MELD skóre. Větší portální hypertenze lze přesně objektivizovat pouze invazivní katetrizací jaterních žil.

Klinický obraz onemocnění se rozvíjí od úplné absence jakýchkoli obtíží přes různé výrazné dyspepsie až po jaterní selhání. Jako fáze dekompenzace se označuje období, kdy se objeví klinické příznaky: ikterus, otoky, ascites nebo krvácivé projevy.

## Od režimových opatření až po transplantaci

V terapii hraje roli etiologie, stupeň funkčního poškození a přítomnost komplikací i spolupráce pacienta. Vždy je třeba zvážit možnost příčinné léčby. Odstraněním příčiny lze zpomalit nebo i zastavit zánětlivý proces. Všechny ostatní postupy a metody jsou pouze symptomatické – režimová

opatření (relativní klidový režim), zásadní je samozřejmě abstinence alkoholu, význam ostatních dietních opatření naopak býval přeceňován.

Z farmakologických postupů je vhodná substituce vitaminy (vitaminy rozpustné v tucích A, D, E a K) a prevence, případně léčba osteopenie (vitamin D<sub>3</sub>, kalcium, případně estrogeny). U hepatoprotektiv ani esenciálních fosfolipidů nebyl prokázán žádný významný vliv na zlepšení prognózy pacientů s jaterní cirhózou, při cholestáze se někdy podává ursodeoxycholová kyselina či S-adenosylmethionin. O léčbě kortikoidy lze uvažovat při autoimunitní hepatitidě s přechodem do jaterní cirhózy, při pokročilé cirhóze je jejich efekt problematický. Plošně se při léčbě jaterní cirhózy kortikoidy zásadně nepoužívají.

Zásadní zlom v léčbě pokročilé jaterní cirhózy znamenalo zavedení transplantace jater. Ta by také měla být u všech pacientů s jaterní cirhózou posouzena v transplantacním centru a indikována včas. Při správné indikaci je 5leté přežití v 85 %. Určitá část cirhotiků je však z důvodů kontraindikací transplantace odkázána na konzervativní a pouze symptomatickou léčbu.

## Prognóza závisí na přítomnosti komplikací

Ve fázi kompenzované cirhózy mohou pacienti přežít i více než 5 let. Pokud se objeví některá z komplikací, dosahuje průměrné přežití 1–2 roky. Pětileté přežití po transplantaci činí více než 80 %.

## Krvácení z jícnových varixů

Krvácení z varixů je jedním z nejzávažnějších stavů pacientů s jaterní cirhózou a portální hypertenzí. Mortalita dosahuje během

## Komplikace jaterní cirhózy

- krvácení do GIT z varixů či portální hypertenzní gastropatie,
- ascites,
- jaterní encefalopatie,
- hepatocelulární karcinom,
- hepatorenální syndrom.



Ascites v břišní dutině. | Foto: www.contentchump.com

prvních 30 dnů 10–20 %, opakované krvácení s podobnou mortalitou se v dalším průběhu onemocnění objevuje až u 80 % neléčených pacientů.

V léčbě akutního krvácení z jícnových varixů je metodou volby endoskopické ošetření (sklerotizace nebo ligace) spolu s farmakologickou léčbou snižující portální přetlak (terlipresin či somatostatin). Nedílnou součástí léčby je preventivní podávání širokospektrých antibiotik. Při selhání této léčby lze provést spojení mezi portální žílou a systémovým žilním řečištěm, čímž se sníží přetlak v portální žíle a tím i ve varixech. Častěji se nyní využívá transjugulární intrahepatální portosystémová spojka (TIPS), kterou lze vytvořit radiologickou metodou; méně často se volí chirurgická spojka. Balónková jícnová sonda se v dnešní době používá jen výjimečně, v nouzových situacích. Po zalečené epizodě krvácení je nezbytná preventivní léčba betablokatory. Ty se používají i v prevenci krvácení u pacientů s velkými jícnovými varixy, kteří dosud nekrváceli.

## Jaterní encefalopatie

Jaterní encefalopatie je soubor neuropsychických příznaků, které vznikají v souvislosti s jaterní

insuficiencí a portosystémovými zkraty (při jaterní cirhóze nebo při akutním jaterním selhání). Často lze nalézt vyvolávající faktor: bývá jím krvácení do zažívacího ústrojí, infekce nebo minerálové změny. Pacient může mít zprvu změny nálady, poruchy spánku, postupně je zmatený, dezorientovaný místem i časem, objevuje se porucha vědomí až kóma. Stav je při vhodné léčbě většinou vratný.

## Ascites

Ascites je označení pro volnou tekutinu v břišní dutině. U jaterní

## Nejdůležitější příčiny jaterní cirhózy v západních zemích

- Nejčastější příčinou je chronická infekce VHC a alkohol.
- Chronická infekce VHB díky vakcinaci ustupuje do pozadí, naopak častější je nealkoholická steatohepatitida jako následek obezity.
- V menší míře se na etiologii podílejí autoimunitní, metabolická a biliární onemocnění.
- Podíl etiologicky neobjasněných (tzv. kryptogenních) cirhóz se díky zlepšené diagnostice snížil výrazně pod 10 %.

cirhózy souvisí s přetlakem v portálním řečišti, sníženou koncentrací albuminu a sekundárním hyperaldosteronismem. Množství tekutiny v břišní dutině může dosáhnout i 10–20 litrů.

Základem léčby je neslaná dieta a diuretika. Většinou podáváme kombinaci antagonisty aldosteronu (spironolakton) a kličkové diuretika (furosemid). Ascites, který nereaguje na běžnou léčbu, se nazývá rezistentní nebo refrakterní. U objemného, diuretiky neovlivnitelného ascitu, který působí dýchací obtíže, se provádí jeho punkce a vypuštění tekutiny. Za určitých podmínek lze naráz vypustit i více než 10 l tekutiny. Pokud vypouštíme více než 5 l ascitické tekutiny, musíme nitrožilně podat albumin v dávce 5–8 g/l vypuštěného ascitu.

Dojde-li k osídlení ascitu bakteriemi (většinou ze střeva), vzniká spontánní bakteriální peritonitida. Ta vždy znamená významné zhoršení prognózy pacienta. Léčí se antibiotiky, nejvíce zkušeností máme s chinolony či cefalosporiny.

## HCC je třeba odhalit co nejdříve

Cirhotická játra představují vysoké riziko vzniku nádorového bujení. Pravděpodobnost vzniku hepatocelulárního karcinomu (HCC) u pacienta s jaterní cirhózou během 5 let dosahuje 20 %. Přítomnost HCC se může projevit náhlým zhoršením klinického stavu nebo jaterních funkcí. U všech cirhotiků bychom měli po HCC cíleně pátrat a objevit jej dříve, než se projeví klinicky.

Léčebné možnosti závisí na pokročilosti nádoru i samotné cirhózy. V časných stádiích lze uvažovat o chirurgickém odstranění části jater s ložiskem, transplantaci jater či perkutánní destrukci ložiska HCC. K perkutánnímu ošetření se používá buď 96% alkohol, který se do ložiska infiltruje tenkou jehlou, nebo destrukce sondou, která způsobí tepelnou nekrózu tkáně (tzv. radiofrekvenční ablace). U některých pacientů s pokročilým nádorem lze použít chemoembolizaci či podat onkologickou léčbu (inhibitory kináz), většina pacientů s pokročilým nádorem je však indikována pouze k symptomatické léčbě.

(Podpřeno: IGA MZČR NT 11247)



# Hurá na Bastilu

## aneb S úsměvem idiota

**Motto:** Pětina lidí je vždy proti čemukoli.

(Robert Kennedy)

Vzdávaje v titulku úlitbu pá-  
nům Vodňanskému a Skou-  
malovi, z jejichž díla čer-  
pám duševní rovnováhu, ponořím  
se neodkladně do problematiky.  
Po výlevech odborářů a socialistů  
se mi totiž udělalo intelektuální  
nevolno. To jest nikoli od žalud-  
ku, ale od hlavy. Od Jakešova pá-  
du jsem neslyšel takovou snůšku  
zmatené demagogie. Všechno se  
tu obrací naruby. Podle pana So-  
botky je to vláda, kdo eskaluje si-  
tuaci. Kdepak odboráři vyhrožují-  
cí nikoli vládě, ale celému národu  
paralýzou komunikací. Lidé však  
nejdou ani slepí, ani hluchí, ani  
padlí na hlavu.

### Socialismus si rozvracet nedáme!

Odboráři tvrdí, že vláda je *arogant-  
ní*. Arogance má spočívat v tom,  
že justiční stráž doručila bossům  
předběžné opatření soudu. Soudu,  
nikoli vládě. Tím jsem už ztratil  
přehled, co kdo rozumí pod flos-  
kulí arogantní. Arogantní je kaž-  
dý, kdo je proti mně. Je to nadáv-  
ka bez obsahu. *Ty arogante místo ty  
vole*. To bude ohromně konstruk-  
tivní. Mílovými kroky ke světlym  
zítřkům.

A protože se prý vláda nechce s od-  
bory dohodnout (tj. bezpodmíneč-  
ně kapitulovat), nezbyvá než vyrazit  
do ulic. Odborářská přímá akce  
nežádá nic menšího než sebezoha-  
vení vlády, ustavené po řádných  
volbách jako reformní. Reformy  
jsou smyslem její existence. Odbo-  
ry tedy v konečném důsledku po-  
žadují neústavní změnu výsledků  
voleb a tím i režimu, to jest způ-  
sobu, jakým se v civilizované spo-  
lečnosti přijímají rozhodnutí. Ne-  
má jít o nic menšího než revoluční  
zvrát podle křiku ulice. Jinými slo-  
vy: Odboráři vyhlásili válku demo-  
kratickému systému. Můžeme čekat,  
že příště oblehnou parlament  
a vyhladoví poslance, nebudou-li  
jim po vůli. Toto nebyla stávka za  
mzdy a pracovní podmínky. To  
byl politický boj za socialismus.  
Ten socialismus, který byl pro pří-  
liš mnoho lidí tak úžasnou vymo-  
žeností, že si ho rozvracet nedají.  
Měl s námi trpělivost dvě desetiletí.  
Teď už toho mají právě dost

a udeří. Na zteč za dal-  
ší rozdávání, plýtvání,  
neodpovědnost, skupi-  
nová privilegia a krach  
země. Ideologií je agre-  
sivní populismus, vní-  
mavým substrátem  
rozčilená hloupost a  
metodou násilí skrý-  
vané za eufemismus  
„stávka“.

Celá věc je potenciálně nebezpeč-  
ná. Víc než tsunami v jaderné elek-  
trárně. Černobyl bližší než Fuku-  
šima. Žijeme pořád v přechodné  
době, skrčení v inkubátoru pro  
těžce nezralé, a nemáme vyhrá-  
no. K časům reálného socialismu  
máme stále blíž než k normálnímu  
světlu. Hospodářsky, právně, men-  
talitou i chováním. Výzkumy ve-  
řejného mínění alarmují: Jen 50 %  
občanů stojí o demokracii. 25 %  
chce autoritativní režim a 25 % je  
indiferentních. Indiferentní zna-  
mená, že je jim úplně jedno, zda  
vládné demokratická vláda, Luka-  
šenko, Gottwald, Hitler či exotický  
lidožrout a zda se vládné pro-  
střednictvím voleb a reformem.  
Oprav a ne poprav. Možná jim ne-  
dochází, co jejich lhovostnost v dů-  
sledku znamená. Tím hůř. Potom  
mezi sebou máme čtvrtinu spolu-  
občanů, kteří nejsou dost vybave-  
ni, aby porozuměli základům fun-



MUDr. Milan Novák  
neurolog@centrum.cz

gování společnosti. Je  
to velké číslo. Nicmé-  
ně co také čeká? Elity  
emigrovaly už v tolika  
vlnách...

### Zatmění Měsíce i mysli

Slyšeli jsme v krátké  
době tolik hlouposti, až  
je mi smutno. Valila se  
ulicemi jako povodeň. Hrnečku,  
vař! Páté přes deváté. Hvězdami  
první velikosti ve stadiu výbuchu  
supernovy byli borci Dufek se So-  
botkou v tak těsném závěsu, že mu  
musel dost funět za krk. Socialis-  
té a odbory jako jejich úderná pěst.  
Jako kdysi ve Velké Británii. Roz-  
sekla to až Železná lady. Ku pomoci  
měla občanskou společnost. Ale  
tady? Postkomunistický úhor v du-  
ších, kam se podíváš.

Sotva to vypuklo, ukázalo se, že za-  
tmění Měsíce bylo pouhou přede-  
hrou k zatmění mysli. Je tu ovšem  
rozdíl. Měsíc zas vysvitne. Slo-  
va tu stojí obnažená až na samu  
dřeň své nicotnosti, ohanbí zplihlé  
trapnosti a fíkový list nikde. Vidě-  
li jsme odpudivé chrapounství od-  
borových bossů, živících se poulič-  
ním prodejem „lidového“ hněvu,  
kteří mají tu drzost hovořit o vlád-  
ních papaláších. *Zaměstnanec - otrok  
21. století*. Člověk, který se v našich

měkkých polosocialistických po-  
měrech promenuje s takovým  
transparentem po Praze za bílého  
dne, není intoxikován a nemyslí to  
jako recesi, musí mít vážný men-  
tální problém. Skutečně nemůže  
ztratit nic než své okovy. V inte-  
lektuálním smyslu určitě. Ale po-  
dívejme se i na další zábavné psy-  
chiatrické výkony: *Vláda provádí  
ekonomickou genocidu národa*. Anebo:  
*Vláda to dopracovala - co se týče demo-  
kracie - na úroveň Barmy nebo Bělorus-  
ka*. Ano, tohle je intelektuální *out-  
put* (nebo odpad?) těchto vůdců,  
hovořících v záchvatu zpupnosti  
za všechny občany namísto par-  
lamentu. A zdravotnické odbory  
neumějí nic lepšího než tuhle bí-  
du podpořit. Je to hanba. Hlavní  
zřejmě bylo pěkně od plic si  
zahulákat. Že by forma kolektivní  
psychoterapie? Kdo ví. Výrokům  
mimo mísu tu však ještě není ko-  
nec. Úroda byla tentokrát neoby-  
čejně bohatá. S teatrální radika-  
litou promluvil provokatér Klaus.  
Když ale měl kdysi sám skákat,  
svůj Rhodos hanebně obešel. Že  
by u vitálního sedmdesátníka už  
taková porucha paměti? Poražený  
radí terak zvítězit. To mě teda po-  
držte. Tak daleko by nezašel ani  
brouk Pytlík.

Odboráři měli ambici zastavit re-  
formy, ale zastavili jen dopravu  
na železnici. Dřív než jim zas ně-  
co vykojelij. Hned po fiasku bossů-  
vé vyhlásili velké vítězství. Že by  
pískali svůj vlastní zápas? Je to se-  
beklam. Pouze udeřili prknem do  
vody. Zbyla žlučovitost a vztek.  
Nic sympatického. Stávka měla ve  
skutečnosti jediného vítěze - nor-  
mální občany. Nenávisť tisícovky  
versus pohoda milionu Pražanů.  
*Veselý happening*, zázračná improvi-  
zace, schopnost s každým otravou  
vydupat a ze všeho si udělat srandu.  
Zase jeden okamžik, kdy jsem  
si uvědomil, že mám svůj národ  
vlastně rád. I se všemi jeho kiky,  
z nichž se nijak nevylučuji.

### Všeobecný kolaps kauzality

Šéf ČSSD vypleskl báječnou ptáko-  
vinu, když řekl, že vláda rozděluje  
národ. Myslel snad 120 tisíc odbo-  
rářů a necelý tisíc kraválistů pro-  
ti 2,5 milionu voličů, od nichž od-  
vozuje svůj mandát parlamentní  
většina a vláda? Žádného rozdělení

jsem si nevšiml. Ale pozor, stane  
se z toho velmi rychle nová flosku-  
le. Strhne se bitva metající šrap-  
nelou slova na téma, kdo že nám tu  
rozděluje národ. My ne! To oni! Ve  
skutečnosti se společnost v demo-  
kracii normálně nalézá v přiroze-  
ných politických antagonismech.  
Vždyť to je vlastní podstata věci.  
Jedni volí tak a druhí onak. Jde jen  
o to jak to potom kultivovaně ře-  
šit. Pokud možno po celé čtyři roky  
a ne pod širým nebem. Když nic,  
tak aspoň kvůli dešti. V parlamen-  
tu je to pohodlnější. Ale jednot-  
ná kandidátka, utužování jednoty  
šáskováním na 1. máje a Národní  
fronta jsou v nenávratnu. Pozor na  
tyhle sjednocovatele národů. Ob-  
vykle to smrdí velkou patálií.

Podle ČSSD může za stávku vláda.  
To je logika tety Kateřiny. Proti-  
rám si oči, a ať dělám, co dělám,  
vidím jako pachatele pouze odbo-  
ry. Obět vínkem, toť klasická vý-  
mluva nezralých psychopatů: Já  
za nic nemůžu, pane soudce, on si  
ten nůž v břicho zavínil sám. Ne-  
měl mi nadávat. A vsutku. Jako  
na zavalanou je tu ilustrativní pří-  
hoda: Na ministra Kalouska při-  
léto několik rajčat. „Může si za to  
sám, provokoval,“ replikuje odbo-  
rová superstar Dufek. Provokoval  
osobní statečností. Jakási potrefe-  
ná odborářka totiž ječela, že Kalou-  
sek se schovává na ministerstvu.  
Když vyšel, prohlásila to naopak za  
drzost. A tak je to ve všim. Nevě-  
dí, co chtějí, a nic jim není vhod.  
Jinou hysterickou dámu také na-  
štval Kalousek, *a proto udeřila poli-  
cajta*. Sledujete se mnou toto trist-  
ní zhroucení kauzality, klinickou  
ukázkou paralogického myšlení? Je  
to jako výbuch v hlavě. Těžko ta-  
kovému člověku cokoli vysvětlit.  
Jsou proti všemu. Pro jistotu. Pro-  
tože ničemu nerozumějí.

### Všechna moc odborům!

Nakonec z toho vyšla v první řadě  
stávka proti zlepšení zdravotnic-  
tví. Prý aby si *namusel* připlácet na  
zdravotní péči, vykládal jeden ma-  
nifestant důležitě. Neví, že je to-  
mu přesně naopak. Vůbec nebude  
*muset*. Jde o to, aby si *směl* připlatit,  
kdyby *chtěl*. Hlavně že demonst-  
ruje. Za nedostatkové zdravotnictví,  
za skryté restriktce, za korupci a za  
kulišárny s kulichy. To bude skvě-  
lé. Už se těšíme.

Jiný rozčilený diskutující ne-  
dávno argumentoval svými ne-  
gativními zážitky s posudkovými  
lékaři. Hrozně poměry v tom  
zdravotnictví! Bohužel, sotva je-  
den člověk z deseti tuší, že posud-  
ková sféra vůbec není jeho součás-  
tí. Ale na ulici by chtěl zastupovat  
všechny občany. Aspoň tak to říkal  
Sobotka, který si chtěl na téhle



Na ministra Kalouska přilétlo několik rajčat. „Může si za to sám, provo-  
koval,“ replikuje odborová superstar Dufek. | Foto: ČTK



## NEJSEM SI JIST

svatbě taky trochu zatančit. Podle něj dopravní odbory hájí zájmy většiny společnosti. To si dělá srandu!? V parlamentní demokracii vskutku kormutlivý výrok. Všechna moc odborům! Zastupují-li většinu, co tu pořád ještě dělá sněmovna? Šéf ČSSD ztrácí soudnost. Takže nechť se milovníci socialismu obrní trpělivostí, řádně vyčkají příštích voleb a zvolí si vládu socialistů s komunisty podle svého gusta. Potřebují jen maličkost: 2,5 milionu hlasů.

Nejlepší ovšem na konec: Špičkovou hlášku profesionálního populisty byl výrok, že chybějící prostředky nelze ždímat z lidí. On, Sobotka, by zvýšil firemní daně. Matko sedmibolestná! On by sežral osivo ještě před orbou! Zaškrtil by ekonomiku, vyhnal investory a zrušil kvanta pracovních míst. A jak jsem sledoval kognitivní funkce některých rozzuřených odborářů, snad by ho ani nenakopali do zadku. Oni by ten prostiný trik totiž neprokoukli a ještě by poděkovali.

No nic, stávkou dopravníků máme šťastně za sebou. A jelikož jsem si vědom, že každý správný příběh má skončit happyendem (Satur-

min), zde jest: Stoupá počet lidí přejetých vlakem. Letos zemřelo už 100 lidí, což je o 12 více než loni za stejné období. Avšak šestnáctého června tohle nebezpečí nikomu nehrozilo. Takže všechna čest, modrá armádo. Skvělé. Díky za každé nové ráno.

### Zhroucení elementární důvěry

Na druhé straně budme objektivní. Všeobecné naštvání je materiálním faktem. Jeho důvody jsou pádné. Každý ho realizuje způsobem, na jaký stačí. Může být jakkoli směšný, iracionální, nesmyslně nasměrovaný, ale je tady. Společnost je před výbuchem kvůli tomu, že nikdo se nedá pokorně okrádat. A gigantická defraudace krytá policejné-justiční mafii v téhle zemi překročila všechny meze. Profláknuté ksichty se lidem šklebí do očí. Bezmocným lidem. Máte důkazy? Ne? Tak mlčte, nebo vás budeme žalovat. Trvá to už moc dlouho. Všichni jsou unaveni. Donekonečna okopávání zemskými škůdci. Kreaturami, jimž by člověk ruku nepodal. Ani v chirurgické rukavici. Averse se hromadí v srdcích. Pohár trpělivosti může

kdykoli přetéci na základě i docela malé a nepříliš relevantní události. Teď to paradoxně odnášejí reformy, které mají přinést zlepšení. Mnozí již nejsou schopni diferencovat. Býk zaútočí proti červenému hadru bez ohledu na to, kde právě stojí toreador. Vystresovaný pes klidně kousne svého ošetřujícího veterináře. Tady končí veškerá možnost argumentace. Jde jen o to, kdo s koho. Silou.

Všude vůkol cítíme zhroucení důvěry v cokoli. Elementární důvěry, bez níž není život společnosti možný. V téhle vyčurané zemi plné paranoiků jí bylo vždycky jako šafránu. Pak přišla korupce, miliardové krádeže a kmotři. Nová vláda bohužel nedokázala dát lidem víru, že to zvládne. Jednak je tu modrá galerka, proti níž zřejmě slušná část ODS nemá šanci a Nečas může být kmotry kdykoli odstřelen, jednak se do toho zamotalo pimprlové divadlo John & Bárta aneb Kašpárek a Šmidra v černém lese. Lidé už za určitou hranici nerozlišují skandály, které tato vláda odhalila po svých předchůdcích, od skandálů, jež sama generuje. Vše splývá dohromady jako rudá mlha před očima. Následuje sle-

pá agrese bez ohledu na jakoukoli kauzalitu.

### Smích pod provazem oběšencovým

A jsme-li již u černého humoru prýstičího z veřejného domu zvaného příhodně „Věci veřejné“, pojďme se zasmát až do konce. Bude to ale hořký smích. Asi jako když se přetrhne provaz oběšencův. VeVerky vyhlásily vládě – tedy i sobě samým – ultimátum. Bláznivé. Nic není dostatečně pitomé, aby to bez dlouhého rozmýšlení neudělaly. Koaličně se ovšem pomocí ultimátum vládnout nedá. Kdo si chce zachovat tvář, nemůže nikdy žádné ultimátum přijmout, ani kdyby to měla být jeho smrt. Co je ještě potrhlejší, ultimátum nemá žádný zřetelný obsah. VeVerky ho tají, aby neprasklo, že ho samy neznají. Nikdo přesně neví, čím je má uspokojit. Leč běda, neučiní-li tak v termínu. Rázem je po něm veta.

Úkol pro chytrou horáky. K tématu pravila paní Peake, že se dámy v VV asi budou muset znovu svléknout. Radši ne, děvčata, radši už ne. Souvislost jsem sice nepochopil (asi je to baví), ale opakovaný vtíp není vtípem. Krom toho,

a to prosím bez urážky, jsme my starší a ostřílení kozáci nic až tak úžasného neviděli. Kus obyčejného masa. A téhle politické flaksy je při současných masakrech ve výprodeji množství větší než malé. Nikdo už to nechce ani se slevou. Kdo si myslí, že stupiditu již více eskalovat nelze, pak ještě nezná VV. Dokázaly v téhle disciplíně nemožné tím, že po ultimátu prostě vyhlásily ultimátum *prodloužené*. Výraz je absurdní a vnitřně logicky rozporný jako celá ta parta. Prodloužená je jen v tanečnících. Kdežto toto je správa státu, nikoli nezávazné dovádění nezralých makovic na mejdanu či jakási bojová hra pionýrů na letním táboře. Ultimátum pochází od slova *ultimus*, což znamená nejzazší. Za tím, co je nejzazší, už není nic. Prodloužené ultimátum je tedy *contradictio in adiecto* jako projev snížené funkční gramotnosti. Důležitější než lingvistická analýza je však ověřený poznatek, že slovo VeVerek nemá žádnou hodnotu, což činí jakákoli další jednání zbytečnými. Jejich slovo je jako prd, jenž snadno odvané vítr. Proto cokoli řeknou, to se nestane. *Howgh!*

Inzerce A111011722

## Knižní novinky

z edice Aeskulap



### Praktická andrologie dospělých

Moderní monografie si klade za cíl stát se praktickou pomůckou zejména pro lékaře, kteří se ve své praxi andrologií zabývají, ale i zdrojem základních informací pro ty, kteří se o tomto mladém medicínském oboru chtějí dozvědět více. Věnuje se mj. hormonálnímu prostředí muže, syndromu aging male a hormonální terapii, stěžejní kapitola se pak zabývá příčinami, diagnostikou a léčbou erektilní dysfunkce. Text je ilustrován řadou zajímavých kazuistik.

Autoři: Libor Zámečník a kol.

Doporučená cena 400 Kč



### Obezita - prevence a léčba

Cílem publikace je poskytnout vědecky podložené znalosti v oblasti prevence a léčby obezity. Autoři popisují reálné možnosti a optimální cíle váhové redukce z hlediska zdraví pacienta. Zároveň objasňují jak správně diferencovat diagnostické a léčebné (nefarmakologické, farmakologické a chirurgické) postupy s ohledem na věk, stávající životní styl a další choroby. Opomenuta není ani problematika prevence a léčby komorbidity obezity.

Autoři: Dana Müllerová a kol.

Doporučená cena 380 Kč



MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

ESKULAP



sleva 15% na  
knihy.cz

# Z dějin porodnictví IX

## Specifické porodnické operace

V minulém dílu našeho seriálu jsme představili pražskou porodnickou školu a první profesory porodnictví v Čechách. Dnes se budeme zabývat nejrůznějšími porodnickými manipulacemi sloužícími k vybavení plodu při komplikovaném porodu.

**P**od pojmem porodnické operace se neskrývají jen některé všeobecně známé a užívané operační postupy, například při porodu koncem pánevním, klešťovém porodu nebo císařském řezu. Jde také o řadu různých dalších hmatů, obrátů a postupů, jež byly mnohdy známy i v dávné minulosti. Jen se na základě praktických zkušeností postupně zdokonalovaly a jsou dokladem toho, že ani současní porodníci se bez nich v určitých případech neobejdou.

### Manuální pomoc

Jeden z důležitých porodnických operačních nástrojů, kterým byly porodnické kleště, jsme vzpomněli již v předchozích kapitolách. Použití kleští ale předcházela staletá získávání zkušeností jak si počínat při nepostupujícím porodu. A tehdy se postupně začínají objevovat, používat a také rozvíjet právě ony nejrůznější manipulace, obraty či celé mechanismy postupů.

Při těžkých, komplikovaných porodech měly porodní báby snahu manuálně pomoci při vybavení plodu. Pokud k takové manipulaci dojde, když je některá z částí těla dosažitelná, může tato pomoc být prospěšná. Především tehdy, pokud hlavička, případně již i ramínka opouštějí porodní cesty. Když se ale některý z mechanismů použije předčasně, může být velkou a nebezpečnou komplikací pro dítě i pro samotnou matku. Řada porodních babek velmi často užívala nejrůznější zatěžkávání břicha, mechanické stlačování, či dokonce šlapání po břiše, což většinou nemělo žádný efekt a obvykle končilo další porodní komplikací.

Při nepostupujícím porodu způsobem jinou polohou plodu nežli poloha podélná hlavičkou se často užívaly různé zevní, ale také vnitřní hmaty a obraty. Bylo tomu tak patrně již odpradáva, protože vycházíme-li např. z informací, které máme o porodech probíhajících u některých domorodých národů, i zde se žena pomáhající při porodu snaží mnohdy dítě vytáhnout, má-li některou z částí těla již dosažitelnou.



**Extrakce hlavičky z pánevního východu – Mauriceauův-Smellieův hmat**

### Starověké dovednosti

Již porodní báby i lékaři nejrůznějších starověkých civilizací znali některé základní porodnické operace. Staří Izraelité například popisovali postup při natržení hráze. O tomto porodním poranění se dokonce hovoří i ve Starém zákoně v knize „Genesis“, a to při popisu porodu Tamar. Izraelité směli provést operativní zákrok a usmrtit dítě, jestliže jeho hlava ještě nebyla vidět a pokud byl ohrožen život matky. Domnívali se totiž, že pokud je dítě v matčině těle, působí prodloužení porodu. Podle nich totiž dítě musí při porodu pomáhat. V případě, že je mrtvé, nemůže tak činit, a ohrožuje tedy život matky. Lékaři ve staré Indii uměli provádět porodnický obrát při porodu s vyřezlou rukou. Znali také postup při použití císařského řezu. Při nevhodné poloze, kdy se nepředpokládalo zdárné dokončení porodu, nebo v případě mrtvého plodu doporučovali použít zmenšovací operaci.

Porodní báby ve starém Řecku zase manuálně pomáhaly při těžkém porodu tak, že stlačily tělo rodící ženy speciálně ovinutými šátky. Obdobně postupovaly i porodní báby ve starém Římě. Tam se také snažily rozšířit (dilatovat) branku děložní rukou, aby tak vyvolaly porodní bolesti v případech, kdy se žádné nedostavily nebo předčasně skončily.

Zakladatel porodnictví, Sórán z Efesu, rozšířil znalosti tehdejších

lékařů o některá ženská onemocnění. Popsal například průběh potratů, menstruaci nebo gestaci. Byl patrně vynálezcem prvních poševních zrcadel, která mu umožňovala nejen rozšířit ženné pochvy při vyšetření, ale používal je také během porodu. Sórán doporučoval rovněž manuální pomoc při porodu zevními tlaky na břícho rodičky a jako první provedl obrát na nožky a extrakci živého plodu.

V případech nepříznivé polohy plodu radil, aby byly použity vnitřní a vnější hmaty a plod byl otočen dolními končetinami napřed – tzv. porodnický obrát na nožku. Tento obrát byl následně na mnoho století zapomenut a znovu se začal používat až v pozdním středověku. Pokud se obrát plodu nepodařil a dítě během něj zemřelo, navrhoval Sórán jako následné řešení zmenšovací operaci na mrtvém plodu. Právě francouzský chirurg Ambroise Paré vzkřísil po několika stech letech obrát na nožku u živého plodu a Parého žák, Jacques Guillemeau, začal tento postup s následnou extrakcí plodu v poloze koncem pánevním používat k rychlému ukončení porodu například při eklampsii.

### Porodnický obrát (versio)

Připomeňme si tedy některé tzv. porodnické obraty, které by bylo možné použít i v současné době, pokud by došlo k akutní komplikaci během spontánního porodu. Jsou to mechanismy sloužící k vybavení plodu, a to nejčastěji v ji-



**Perforace hlavičky v pánevním vchodu Guynovým perforatoriem**



**Obrát dle Braxtona Hickse – indikací je včasně lůžko (placenta praevia centralis)**

ní poloze nežli podélně hlavičkou. V našem případě by šlo především o porod koncem pánevním, protože prakticky šikmá poloha je pouze polohou tzv. labilní (a následně skončí buď v poloze hlavičkou, nebo koncem pánevním) a poloha příčná je indikací k císařskému řezu. Musíme ovšem připustit, že v porodnictví mohou nastat určité mezní situace (a to nejen v některých zemích tzv. třetího světa, ale i u nás). Například pokud žena vůbec nebude navštěvovat gynekologa v rámci pravidelných preventivních prohlídek během gravidity nebo se ocitne v nějaké extrémní situaci či místě a až těsně před porodem nebo až během porodu se zjistí, že jde o komplikovanější polohu plodu, vícečetné těhotenství apod.

• **Obrát zevními hmaty** je postup, při němž se plod převádí z polohy koncem pánevním nebo polohy příčné do polohy podélně hlavičkou. Podmínkou provedení je pohyblivost plodu, musí tedy být zachována plodová voda a pánev musí být prostorná.

• **Obrát vnitřními hmaty** se používá tehdy, pokud plod převádíme z polohy příčné nebo šikmé do polohy koncem pánevním. Jde o náročnou porodnickou operaci, při

níž zavádíme do dělohy celou ruku. Druhou rukou na břicho ženy pak plod převádíme. V dřívější době šlo o velmi často používaný výkon. Podmínkami provedení jsou prostorná pánev, zašlá porodní (děložní) branka a možná pohyblivost plodu.

• **Obrát hmaty sdruženými** se prováděl tehdy, pokud bylo hrdlo (branka) děložní prostupné pouze pro dva prsty. Do porodnictví tento postup uvedl Braxton Hicks a v zásadě se nelišil od obratu vnitřními hmaty.

• **Extrakce plodu** je vaginální vybavení plodu při porodu koncem pánevním, a to tehdy, když je plod již tzv. hluboko vstoupil do pánve. V této situaci někdy není možné provést císařský řez a je třeba dokončit porod tímto postupem, a to za následujících podmínek: jde o živý plod, u něhož byl vyloučen tzv. kefalopelvický nepoměr (vztah mezi velikostí hlavičky plodu a pánví rodičky), porodní branka je zašlá, měkké porodní cesty jsou poddajné a plodová voda odteklá. Jde o výkon, který by měl provádět zkušený porodník. Nejčastější indikací k tomuto úkonu je hrozící hypoxie plodu. Specifickou indikací pak byl také stav plodu po obratu vnitřními hmaty.

### Způsoby extrakce plodu

Extrakce plodu záleží na tom, zda vybavujeme celý plod, nebo jen jeho část, případně pouze hlavičku.

K vybavení hlavičky se obvykle používal tzv. hmat dle Mauriceaua-Smellieho. Tento postup spočíval v tom, že porodník si uložil plod tzv. jízdmo na své předloktí, do jeho úst vložil prostřední prst a druhý a čtvrtý prst opatrně opřel o oblast obličejové (fossa canina). Pomocí ukazováčku a prsteníčku druhé ruky pak porodník uchopil ramínka plodu, prostředníkem tlačil jeho hlavu do flexe a pomalu vytáhl plod ven. Následný porod hlavičky bylo také možné řešit instrumentálně, a to pomocí porodnických kleští, nejčastěji Simpsonových nebo Kjellandových.

Při úplné (totální) extrakci plodu se obvykle postupuje tak, že porodník zaklesne své ukazováčky do tříselné krajiny plodu a provede šetrný tah ve směru osy porodního kanálu. Při tahu obvykle dojde ke vztyčení ruček plodu. Také zde použijeme speciální hmat, abychom ručky připáčili k tělu. Nakonec se vybaví hlavička dle postupu popsánoho při vybavení hlavičky plodu.

Částečná extrakce plodu se obvykle používá tehdy, pokud je plod porozen po pupek. Užívá se



## Z HISTORIE

vlastně stejný manévr jako při vybavení hlavičky.

Při extrakci plodu je nutná přítomnost anesteziologa. V některých případech, zvláště tam, kde je třeba lepší relaxace, je výhodné podání celkové anestezie.

Ještě jeden hmat je znám z historie a občas bývá používán i nyní. Jde o vybavení plodu podle Kristellerova. Ten se zasloužil o to, že jím prováděná exprese plodu byla v roce 1867 zařazena mezi řádné porodnické operace. Je však třeba říci, že Kristeller používal manévr i v první době porodní, aby tak urychlil rozšíření (dilataci) děložního hrdla (viz Kotásek: Porodnické operace /1976/). V současnosti užívaný manévr se tomu původnímu podobá již málo. Má vlastně nahradit nedostatečnou funkci břišního lisu. Přináší však bohužel také vysoké riziko pro matku i dítě.

### Zmenšovací operace

Jestli něco budilo opravdovou hrůzu rodiček, ale mnohdy i porodních bab, o laické veřejnosti nemluvě, byly to nástroje i celý postup tzv. zmenšovací operace. V dějinách porodnictví totiž mnohokrát docházelo k situacím, kdy

ani ta nejzkušenější porodní bába nemohla rodičce pomoci. Pokud taková situace nastala, byl většinou volán kněz a lékař. Kněz se postaral o duchovní stránku porodu, zabezpečil plod i matku, lékaři pak bohužel mnohdy nezbyvalo nic jiného než zabít dítě v těle matky a vybavit je po kusech. Případně se k porodu dostavil, když už dítě v těle matky nejevilo známky života.

Že jde o velmi staré operace, je patrné například z toho, že se o nich zmiňuje již Hippokratés. Sám dokonce navrhl několik nástrojů, jež pak byly pro zmenšovací operace používány – například velký zahnutý nůž, který sloužil k otevření těla plodu a také k odstranění hlavy (dekapitaci). Na zdokonalení některých zmenšovacích nástrojů se podílel rovněž Celsus. Postupně se tak vytvořilo instrumentarium, které sloužilo ke zmenšovacím operacím, a to nejen na plodech mrtvých, ale i na živých, jež nebylo možné porodit. Dokladem je například německá publikace porodníka Mittelhäusera „Praktische Abhandlung vom Acouchieren“ z roku 1754, která popisuje jednotlivé nástroje i jejich využití při zmenšovacích ope-

racích. Porodník musel dát pozor, aby těžce neporanil nejen matku, ale také sebe. Dnes by takové operace budily hrůzu, bohužel i nyní existují místa, kde bychom se s nimi mohli setkat.

### Kraniotomie a exenterace

Zmenšovací operace se prováděly především na hlavě plodu a podle toho se také dělily jednotlivé výkony. Obecný název takové operace na hlavě je nazýván kraniotomie a dělí se na čtyři základní výkony. Hlavními indikacemi pro tyto výkony byly například velký hydrocefalus, siamská dvojčata nebo kolize dvojčat. Prováděny však byly samozřejmě i v dalších případech.

Nejprve tedy byla vykonána perforace (trepanace) pomocí speciálních nástrojů, tzv. perforatorií, a to nejlépe přes temenní kost. Jakmile byla trepanace skončena, následovala excerebrace (odstranění mozku) pomocí excerebrační sondy, což byla většinou měděná tyčinka. Pomocí ní se nejprve mozek rozmělnil, pak se do dutiny lební aplikoval dvoucestný kateétr, kterým se do dutiny vhněla sterilní voda, a takto byla vyplavena rozmělněná část mozku. Ná-

sledovala kranioklasie (zborcení hlavičky) a její následná extrakce. K těmto dvěma posledním výkonům se používal speciální nástroj – kranioklast. Nejčastěji šlo o kranioklast Braunův. Jedna jeho (solidní) branže byla zavedena do perforačního otvoru a druhá (okénkovitá) se nasadila na obličej plodu. Speciálním zámkem se nástroj uzavřel a porodník započal postupnou extrakci takto zmenšené hlavičky. V dřívějších dobách, kdy bývaly popisovány větší pánevní deformity u žen, bylo třeba nejprve hlavičku úplně rozdrtit (tzv. kraniotrypsie) pomocí speciálních nástrojů (kraniotryptor, kraniokefaloklast, kefalobasiotrib), aby mohla projít výrazně zúženou deformovanou pávní. Ještě je třeba si uvědomit, že poněkud jiný postup byl prováděn při poloze plodu hlavičkou a jiný při poloze koncem pánevním. Kromě kraniotomie bylo občas třeba provést také jiný zákrok na hlavě, a to dekapitaci. Tato operace představuje oddělení hlavičky od trupu přerušením krční páteře a měkkých částí krku. Nejprve byl používán např. Mauriceauův nůž nebo Sieboldovy nůžky, později byly zavedeny háky. Nejčas-

těji používaným hákem byl tzv. Braunův dekapitační hák.

Pokud se operace prováděla na orgánech dutiny břišní či hrudní, nazývala se exenterace, případně embryotomie v užším smyslu, protože embryotomie byl také jeden z výrazů používaných obecně pro zmenšovací operace jako takové. Často byl takový postup používán u velkých, malformovaných plodů.

### Kleidotomie

Existuje však zcela jistě jeden úkon, který patrně ještě prováděli i někteří současní starší porodníci. Jde o kleidotomii (rozrušení klíční kosti). V dobách nedávno minulých, kdy nebyly běžně používány ultrazvukové přístroje, a nebyly tedy možné přesně změřit velikost plodu, se u objemnějších plodů, jejichž biakromiální průměr byl nezvykle velký nebo jejichž raménka rotovala v nevhodném průměru, mohlo stát, že porod nepostupoval a bylo třeba jej ukončit. Jedinou možností bylo průměr ramének zkrátit, a porodník tak musel tlakem na přední klíček kost zlomit, aby se raménka mohla porodit.

MUDr. Luděk Fiala

## Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

**doc. MUDr. Václav Chmelík**  
(18. 6. 1904 Poleň u Klatov  
– 3. 12. 1982 Kladno)

Vynikající gynekolog a porodník, budovatel kladenské gynekologie. Po promoci v roce 1930 působil na různých odděleních a v letech 1933–39 byl asistentem pražské I. gynekologické kliniky u profesora Josefa Jerieho. Pak se stal gynekologickým ordinářem nemocnice v Táboře, posléze primářem gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice v Litomyšli, následně v Mostě a od roku 1947 v Kladně, kde vybudoval moderní lůžkové oddělení. V roce 1966 byl habilitován. Vyučoval na Lékařské fakultě hygienické UK, poté na Fakultě dětského lékařství UK, v letech 1975–1980 působil v Ústavu mateřství v Krči.

V mládí byl vynikajícím československým lehkým atletem, rekordmanem v hodu oštěpem i koulí, závodil za Slavii, v letech 1924–35 mnohonásobně reprezentoval a byl mistrem republiky, tomu též odpovídala jeho mohutná postava.

### Ta ruština!

V 50. letech byly zavedeny odborné atestace nutné k zastávání určitých funkcí. Současně bylo rozhodnuto, že lékaři s delší odbornou praxí dostanou osvědčení o atestaci i bez složení těchto zkoušek. To se vztahovalo také na známého kladenského primáře gynekologie MUDr. Chmelíka, který jak věkem, tak svými odbornými zkušenostmi této směrnicí zcela vyhovoval. Propásl však termín, ve kterém bylo nutno o atestační osvědčení bez zkoušky požádat. Marné byly pozdější urgencye, byrokracie zapracovala. Chmelík si však postavil hlavu, že on ve svém věku na žádnou zkoušku nepůjde. Nakonec mu přednosta gynekologicko-porodnické katedry slíbil, že požadovaná zkouška bude jen formalita, tak se na ni MUDr. Chmelík dostavil.

Odborná část zkoušky proběhla bez problémů. Jednak ho zkoušející členové komise dobře znali a jednak on dobře znal svůj obor. Horší to bylo se znalostí ruštiny, což tehdy bylo povinné. Chmelík stu-

doval ještě před válkou, ruský se neučil a také o nikdy nepotřeboval. Z ruštiny neznal ani „ň“. Když se zjistilo, že jakýkoli ruský text v časopise je nad jeho síly, ukázali mu nešťastní zkoušející na stěně plakát, na kterém bylo v mnoha světových jazycích napsáno heslo „Světů mír“. Ukázali mu i ruské znění a doufali, že podle ostatních pochopí, o co jde. Chmelík se podíval na plakát a prohlásil „MUPY MUP.“ Rozumní zkoušející mu však i přes toto zaváhání osvědčení o odborné atestaci z gynekologie a porodnictví dali.

**prof. MUDr. Karel Přerovský, DrSc.**

(28. 6. 1897 Třebíč – 7. 12. 1975)

Profesor fyzikální terapie, jeden ze zakladatelů tohoto oboru u nás. V roce 1923 absolvoval lékařskou fakultu na nově založené Univerzitě Komenského v Bratislavě. Již jako medik byl demonstrátorem tamní interní kliniky profesora Kristiána Hynka, posléze zde pů-

sobil jako sekundář a asistent. V roce 1931 byl Hynkem habilitován z terapie a patologie nemocí vnitřních. V témž roce přešel do Prahy, kde se stal primářem interního oddělení Nemocnice Na Bulovce, v letech 1945–50 byl i jejím ředitelem. V roce 1947 se stal mimořádným profesorem fyzikální terapie, roku 1953 přednostou a ředitelem Výzkumného ústavu balneologického v Mariánských Lázních, v roce 1967 pak ředitelem Výzkumného ústavu experimentální terapie Krči, současně vedl i oddělení fyzikální terapie na Bulovce. Byl autorem monografie „Uhlíčitá terapie“ (1941) a učebnic fyzioterapie a fyziatrie, kde zavedl i novou terminologii. Byl vynikajícím učitelem na zdravotnických školách. Odtud pár historek:

### Kolumbus úderníkem

Jednou při maturitních zkouškách dostala jedna dívka otázku: „Pohlavní nemoci.“ Byla chytrá, dobře naučená, a tak byl zkoušející profesor Přerovský spokojen. Pak se jí zeptal, zda-li ví, jak se k nám dostala syfilis. I o tom měla žákyně jisté vědomosti: „Ano, pochází z Ameriky, po Evropě ji rozšířil Kolumbus.“ Přerovský se usmál: „Máte, za jedna, slečno, ale to by se chudák naředil.“

### Také důvod

Žákyně při závěrečné zkoušce u Přerovského dostala otázku: „Střevní paraziti.“ Začala o roupech: „Roupi jsou střevní paraziti, kteří vždy večer vylézají z tlustého střeva na kůži v okolí konečníku a způsobují tam značné svědění.“ Zkoušející se zeptal: „A proč se takto chovají?“ „No z konečníku vylézají proto, aby se venku nadýchali čerstvého vzduchu.“

### Železité vody

Žákyně u maturity dostala u Přerovského lehkou otázku: „Mínérální vody.“ „Mínérální vody rozeznáváme alkalické, kyselé, radioaktivní, železité a...“ dál dívka neví. „No dobře. To by zatím stačilo. Tak mi třeba povězte, co víte o železitých vodách?“ „Železité vody jsou typické hlavně tím, že mají takovou rezavou barvu.“ „Z čeho vzniká ta rezavá barva? Od čeho je?“ Žákyně chvíli přemýšlí: „Hnědě rezavá barva vzniká tím, že se do pramene zavede železná trubka, ta během doby zreziví a voda pak má hnědě rezavou barvu.“

MUDr. Svatopluk Káš

## Z HISTORIE

# Měl Gaius Julius Caesar mozkový tumor?

**Gaius Julius Caesar**, jak známo, zahynul 15. března roku 44 př. n. l. rukou vrahů. Mnohé indicie však ukazují, že trpěl dlouhodobě se zhoršujícími neurologickými příznaky, jejichž příčinou mohla být migréna, epilepsie, či dokonce benigní tumor.

## Cesta na výsluní

Římský císař a vojevůdce Gaius Julius Caesar se narodil v roce 100 př. n. l. O jeho dětství a jinošských letech není k dispozici příliš mnoho zpráv. Vyrůstal za tyranie konzula Sully, kterého si proti sobě popudil natolik, že se v období od roku 85 do roku 82 př. n. l. musel skrývat u přátel. Pobyt na nehostinných místech mu vynesl onemocnění malárií. Jak se zdá, měl štěstí a onemocněl jen lehou formou vyvolanou zimničnou *Plasmodium malariae*. Sulla nakonec vzal Caesara na milost a jmenoval ho vyslancem na dvoře krále Nikoméda IV. v maloasijské Bithýnii. Osmnáctiletý mladík tak odstartoval oslnivou politickou kariéru.

Podle historiků byl Caesar člověkem i na svou dobu nadprůměrně fyzicky zdatným. Když byl v roce 58 př. n. l. jmenován guvernérem Předalpské Galie, neprodleně vytáhl proti Galům a zahájil válku známou z jeho „Zápisů o válce galské“. Vynikal v jízdě na koni i v ovládní meče. Při útocích stál v čele vojska. S legionáři sdílel všední útrapy vojenského života a to mu u mužstva vyneslo velkou oblibenost. Rostla rovněž Caesarova popularita v Římě a jeho hvězda dál nezadržitelně stoupala.

## První problémy

K zásadní změně došlo krátce po padesátce, kdy se u něj projevil neklamný známky závažného onemocnění. Podle Plutarcha postihl Caesara první záchvat připomínající epilepsii během pobytu v Cordubě (dnešní andaluské Córdoba). Jak bývalo v Římě běžné, nezatežoval se Plutarchos s uvedením roku. Po padesátce Caesar navštívil Cordubu dvakrát. Poprvé v roce 49 př. n. l. na začátku občanské války, kterou vedl proti svým odpůrcům v čele s Pompeiem. Podruhé vstoupil do tohoto města na konci války v roce 45 př. n. l. Historici z toho usuzují, že první doložený projev onemocnění postihl Caesara v 51 letech. Nemocný císař se snažil nijak neomezovat své životní aktivity. Je-

ho vyhlášená fyzická zdatnost mu to ještě nějakou dobu umožňovala. Podle historika Seutonia byl Caesar v 52 letech nucen během svého egyptského tažení uplavat v alexandrijské zátoce asi dvě stě metrů, a to s rancem rukopisů svázaným do pláště. Zvládl to. Další svědectví o záchvatu lze vystopovat v Plutarchových záznamech o bitvě u tuniského Thapsu v roce 46 př. n. l. Caesar vytušil blížící se záchvat a nechal se odvést z čela vojska do blízké věže. Podle jedné verze zůstal po celou dobu v bezpečí, stranou bitevní vřavy. Podle druhé verze nehorší obtíže ustoupily a Caesar se bitvy zúčastnil.

## Strádal drsnými podmínkami, nebo nečinností?

S postupujícím časem nabývaly Caesarovy zdravotní problémy na síle. Zřejmě trpěl bolestmi hlavy a poruchami spánku. Když zprudka vstal ze židle, dostavoval se u něj třes a závratě. Plutarchos uvádí, že Caesar upadal do stavu „necitlivosti“.

Většina svědectví o Caesarově onemocnění pochází z pera historiků, kteří žili zhruba sto let po jeho smrti. Mnohá si protiřečí. Například Appianus popisuje, že císař bedlivě sledoval přípravy na tažení proti Parthům, protože doufal, že se na vojenské výpravě jeho zdravotní stav zlepší. Podle Appiana Caesar trpěl nejsilnějšími záchvaty v době, kdy byl donucen k nečinnosti. Suetonius ale uvádí pravý opak. Podle něj nejvíc trpěl právě v drsných podmínkách vojenských výprav.

Zhoršující se zdravotní stav mohl stát v pozadí bezstarostnosti, s jakou Caesar odvolal svou osobní stráž a nedbal varování, včetně proslulé výzvy etruského haruspexe Spuriny: „Id březnových se střež!“ Březnový úplněk připadal na 15. března, tedy přesně na den, kdy byl Caesar zavražděn. Na druhé straně je však o něm známo, že na věštby a znamení nikdy moc nedal. Večer před svou smrtí měl prohlásit, že by si přál, aby



Foto: Wikimedia.org

zemřel rychle. Nakolik jde o dodatečně vytvořenou legendu k vylepšení beztak dramatického příběhu Caesarovy smrti, není jasné.

## Pro i proti teorii o epilepsii

Původ Caesarových potíží bývá vysvětlován různě. Mnozí upřednostňují teorie o epilepsii. Celkem jsou známa čtyři svědectví o císařových stavech připomínajících epileptický záchvat. Kromě již zmíněných příhod z vypjatých dob občanské války postihl Caesara jednou záchvat při Ciceronově chvalořeči a jednou v emočně vypjatém okamžiku, kdy mu římský senát nabídl císařskou korunu.

K epilepsii mohl mít Caesar podle některých autorů i dědičné dispozice. Mezi jeho příbuznými se epileptické záchvaty vyskytly například u vzdálených prasnovců Britannica a Caliguly. Křečemi snad trpěl i syn Caesara a Kleopatry Ptolemaios XV., známější jako Caesarion. Caesarův otec a stejně

tak i praděd zemřeli za okolností, které nevyučují, že se stali obětí epilepsie. Objevují se však i odlišné názory. Někteří lékaři jsou přesvědčeni, že popis Caesarových problémů odpovídá migrénám. Podle jiných mohly být popisované kolapsy důsledkem vyčerpání a hypoglykemie. Při té se někdy rovněž dostávají epileptiformní křeče. Spekulovalo se dokonce o syfilis nebo o důsledcích pokročilé aterosklerózy.

## Indicie pro benigní meningiom

Proti neidiopatické epilepsii hovoří fakt, že neexistují svědectví o záchvatech, které by Caesara postihly v nižším věku. Mohlo proto jít i o sekundární epilepsii vyvolanou patologickými změnami mozku. Nejsou k dispozici důkazy o tom, že by Caesar utrpěl těžší zranění hlavy nebo prodělal závažné onemocnění. Proto někteří autoři sázejí na diagnózu benigního nádoru, například meningiomu. Generalizovaná epilepsie

se projevuje jako jeden z prvních symptomů u dvou třetin pacientů s meningiome. Zároveň je pro tento typ nádoru typické postupné zhoršování stavu pacienta v průběhu několika let.

Caesar vykazoval řadu nespecifických symptomů, které lze připisat benignímu nádoru mozku. Mnohé z informací o těchto příznacích jsou však pochybné. U benigního nádoru může dojít k poruchám vidění nebo sluchu. Traduje se, že Caesar neslyšel na pravé ucho. Nejstarší oporu pro toto tvrzení lze však nalézt až v alžbětinském Shakespearově dramatu Julius Caesar, kde císař chce, aby k němu přistupovali zprava, protože na jedno ucho neslyší. Podle literárních historiků jde nejspíše o Shakespearovu reminiscenci na Plutarchovo tvrzení, že Alexandr Makedonský si po vznesení obvinění s oblibou zakrýval jedno ucho, aby dal najevo, že námitky obviněných nebere v potaz.

## Nepředvídatelný císař

Pokud historici podchytili všechny nebo většinu Caesarových záchvatů, pak se některým lékařům zdá nepravděpodobné, že by se po relativně malém počtu záchvatů zdravotní stav římského císaře natolik zhoršil. Na sklonku života se už císař choval „nepředvídatelně“. Nelze vyloučit, že ho postihovaly opakovaně ztráty vědomí. Plutarchův popis záchvatu před bitvou u Thapsu je zajímavý tím, že Caesar zjevně pocítil příznaky blížícího se záchvatu a byl schopen zorganizovat vlastní transport do bezpečí. Aura, jež je předzvěstí typických epileptických záchvatů, bývá ve většině případů příliš krátká na to, aby nemocný dokázal přijmout potřebná preventivní opatření. Na druhé straně jsou ale známy případy, kdy se u epileptiků dostaví varovné prodromy s dostatečným předstihem a nemocný se dokáže na záchvat připravit. Příhoda z Tapsu tak v mnoha ohledech odpovídá popisu varovného prodromu epileptické konvulze, která se možná nakonec ani nedostavila. Aspoň Plutarchos se o křečích u Caesara nezmiňuje.

Gaius Julius Caesar zahynul 15. března roku 44 př. n. l. rukou vrahů, kteří mu zasadili dýkami celkem 23 bodných ran. Smrtelná byla jediná. Vrazi byli „amatéři“. Bratři Cascové se dokonce při atentátu na Caesara pobodali navzájem. Zhoršující se císařův zdravotní stav, ať už měl jakoukoli příčinu, vyústil ve ztrátu obvyklé opatrnosti a to vrahům jejich dílo zřejmě výrazně usnadnilo.



# konference

Sestra jako  
specialista v geriatrici

3. 11. 2011 Praha, Top Hotel  
[www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

Přijďte se  
seznámit  
s novými  
poznatky  
v oboru.

Odborný garant: Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Program:

8.00 - 8.45	registrace
8.45 - 9.00	úvodní slovo
9.00 - 9.30	<b>Charakteristika stáří</b> – PhDr. Martina Hasalíková
9.30 - 10.10	<b>Péče o seniora z pohledu ošetřovatelství</b> – Ivana Blahutová
10.10 - 10.40	přestávka
10.40 - 11.40	<b>Moderní pomůcky v péči o seniora</b> – Mgr. Eva Brežíková
11.40 - 12.10	<b>Prevence a léčba diabetických defektů a chronických ran u seniorů</b> – Lea Voráčková
12.10 - 13.10	oběd
13.10 - 13.40	<b>Riziko pádu seniorů</b> – Mgr. Šárka Šlégrová
13.40 - 14.40	<b>Etické aspekty ve vztahu k seniorům a jejich příbuzným v náročných životních situacích</b> – Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
14.40 - 15.30	předávání certifikátů

Změna programu vyhrazena

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

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

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

MEDICAL  
SERVICES

Sestra

ZDRAVOTNICKÉ  
NOVINY



1den pro sestru

Hlavní partner

Wobenzym  
...prostě pomáhá

**Credit PLUS**  
Akce bude ohodnocena  
4 kredity ČAS

**I** když možná řadě lidí pojmy „polní nemocnice“ a „nemocniční základna“ budou splývat, není to totéž. Struktura je jasně daná – nemocniční základna se skládá ze tří celků. Ze zdravotního jádra 6. a 7. polní nemocnice a z rotý nemocniční podpory (což je výkonná logistická složka polní nemocnice). Štáb a velení základny, jež se stará o tyto celky, pak v případě nutnosti nasazení poskytuje štábní podporu a vytváří operativní velení jednotlivých polních nemocnic. Polní nemocnice je tedy podmnožinou nemocniční základny.

**Co vše obstarává pro nemocnici podpůrná rota „nezdravotníků“?** Ženíjní družstvo, které dokáže postavit nemocnici prakticky kdekoli. Vodní družstvo, protože vodu si musíte připravit kdekoli z místních zdrojů. Zásobovací družstvo, které se stará až o sto sedmdesát lidí. Spojovací družstvo, protože bez spojení není velení. Družstvo dekontaminace raněných, to jsou naši chemici – musíte počítat úplně se vším. Je tu i velitelské družstvo s řidiči. Družstvo oprav techniky a družstvo skladů, protože veškerý materiál se nevejde do jedné kasáren. Pokud je polní nemocnice v misi, je dále personálně doplněna i o bojovou jednotku, která ji během nasazení chrání.

**Své funkce jste se ujal před dvěma lety. Co jste od té doby musel řešit jako hlavní úkol?**

Své funkční období jsem začal tím, že jsem dostal za úkol redukcí počtu lidí. Když se podívám do poznámkového bloku, mé první zápisky jsou z jednání, kde jsem si poznačil „minus 70 osob“. Což byla práce, jejíž dozvuky trvají dodnes. Museli jsme zvolit jinou organizační strukturu, najednou se řada lidí ocitla v nových týmech, jinak postavených družstvech, a bylo třeba jim dát čas na sevcení. Mít partu schopných jedinců, solitérů, je k ničemu, když nedovedou spolupracovat coby funkční celek, který hraje jako orchestr. To je práce na mnoho měsíců... Personální opatření se týkala hlavně podpůrných složek, ale prošli jsme přerodem, i co se týče lékařů. Opustila nás jich za tu dobu totiž zhruba polovina. To znamená, že mojí prací a zodpovědností bylo sehnat erudované, schopné a ochotné jedince, sehrát je a sevcit do použitelných týmů.

**Takže se z vás de facto stal krizový manažer.**

To je dnes vlastně práce každého vojenského velitele. V době, kdy se neustále snižují rozpočty na obranu, je úkolem zachovat maximum



## Každý velitel je šířitelem hodnot

Martin Čermák  
Foto: Hana Hospůdková  
a archiv Nemocniční základny AČR

Celou stěnu jeho pracovny pokrývá detailní mapa Afghánistánu. „Evropu jsme odsunuli o místnost dál,“ říká s úsměvem **plk. gšt. prof. MUDr. Jan Österreicher, Ph.D.**, velitel Nemocniční základny Armády ČR, jehož muži a ženy pomáhají na misích v krizových oblastech po celém světě.

schopností při nižších vstupech a nákladech, které musíte stále zvažovat. Proto máme na dvě nemocniční jednotky jen jedenapůlnásobek stavu v rámci logistiky. Ti, které si držíme v podpůrných jednotkách, jsou pak takoví „Ferdové mravencové“, kteří umí zastat různé práce a úkoly, zkrátka jsou univerzálnější. Vydali jsme se cestou zdvojování schopností – čím více toho dotyčný dokáže, tím méně lidí celkově potřebujeme.

**Musel jste řešit obměnu lékařů. Odkud se rekrutují a jaké na ně máte požadavky?**

Snažím se tu prosazovat tři hodnoty: poctivost, pracovitost a slušnost. Po každém jednotlivci chci navíc plnou erudici a plnou nasaditelnost. Lékař by tedy měl být plně atestován a rozhodně nikomu nebudu bránit, když bude chtít atestovat i ve druhém či třetím oboru,

ať si klidně udělá více odborností. Pokud jde o plnou nasaditelnost, to znamená schopnost výjezdu na rozkaz kamkoli. K tomu se pojí, že dotyčný voják mluví plyně anglicky, přičemž dnes by se hodila i francouzština. Musí být samozřejmě bezpečnostně prověřený, zdravotně a tělesně zdatný. A věřte mi – ne každý lékař je nasaditelný, ne každý je ochotný pomáhat cizím lidem za ztížených podmínek.

Na mně tedy je, abych měl podchyteno co nejširší populaci lékařů, naše hlavní sestra má zase přehled o širokém spektru nelékařských zdravotnických profesí. Z nich se pak snažíme vybírat ty nejschopnější a nejnasaditelnější, kteří zvládnou pracovat v zóně, kde není bezpečno, kde jsou omezené hygienické standardy, kde musíte improvizovat, kde máte možnost konzultací, ale často je dosti omezena. Zkrátka na

vlastní kůži si vyzkoušíte, co ve vás vlastně je.

**Jak je to s řídicími, respektive velícími důstojníky mezi lékaři?**

Velení není o tom, že vezmete důstojníka a řeknete lidem: „Tohle je váš velitel!“ Velitel je jakousi kvočnou, jeho lidé jej musí dobře znát, musí vědět, jak se zachová, když bude nejhůř, a že se o ně postará. Velitel je ten, kdo se stará, musí mít absolutní důvěru svých podřízených, že je nenechá ve stychu. Ti jej zase musí v jeho práci plně podporovat, lojalita zkrátka musí být obousměrná.

Proto také nikomu, kdo zatím neprošel křtem „ostré“ mise, nenabízíme žádnou (byť nižší) vedoucí pozici. Ani kdyby byl doma třeba primářem nebo přednostou kliniky... Musí to být člověk, u kterého máme jistotu, že se postará o ostatní. Každý vedoucí, ať na niž-

ším či vyšším stupni, je šířitelem určitých hodnot. Může se stát, že vám některý jedinec třeba zareaguje řekněme méně vhodně, takže jeho nejbližší nadřízený ho pak musí umět usměrnit.

**Musí být lékař, o kterého má nemocniční základna zájem, aktivní voják, nebo se poohlížíte i v záloze?**

Přednostně hledám ve vojenském prostředí – také proto, že šetřím prostředky armády. Když už někdo studuje fakultu vojenského zdravotnictví, je pro mne vzdělán potřebným směrem. Nicméně se mi stává, že u některých odborností v dané chvíli nemám dostupného specialistu. Například dnes ráno jsem řešil, že nám jednoho z našich dvou psychiatrů „přetáhli“ do Vojenské nemocnice Brno. A tak jsem po celé armádě hledal schopného lékaře, který by mohl být



## PŘEDSTAVUJEME

potenciálně dobrým vojenským psychiatrem. Nakonec jsem našel jednu studentku 6. ročníku, která teď končí a v dohledné době bude plně nasaditelná. Poskytneme jí prostor k rychlému dovzdělání, jinými slovy bude se moci připravovat na atestaci z psychiatrie.

#### Které obory jsou nejvíce nedostatkové?

Máme dlouhodobě potíže se třemi specializacemi, které jsou nedostatkové i v civilu. Tou zakletou trojicí je mikrobiologie, psychiatrie a radiodiagnostika. Naštěstí jde technika velmi rychle kupředu, a tak je tu například alternativa zvaná telemedicína. Jsme schopni přenést obraz z jakéhokoli místa na světě *on-line* do České republiky a v případě diagnostických obtíží tak můžeme na dálku konzultovat případ se specialistou v ÚVN. Konzilia na dálku byla zavedena na přelomu století a například při poslední misi v Kábulu již tento systém fungoval zcela standardně. Obrazy z rentgenu nebo CT byly přenášeny a konzultovány s radiodiagnostiky Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích na denní bázi. CT máme ve výbavě od roku 2007, využili jsme jej v Afghánistánu a funguje velmi spolehlivě.

#### Patří technika jako CT ke standardnímu vybavení dnešních polních nemocnic?

Léčebně-odsonový systém zahrnuje čtyři typy nemocnic, respektive nemocničních prvků. Takzvaná ROLE 1 je praporeční obvaziště, kde se provádí pouze život zachraňující úkony a kde jsou jen lékaři všeobecné erudice. ROLE 2 je především chirurgický špitál, kde se provádí primární chirurgie, většinou v sestavě brigády. Posledním hitem je ROLE 2 *light manoeuvre*, takzvaná rychle přesouvatelná chirurgická nemocnice, kde můžete vytvořit variabilní spektrum zdravotnických týmů v různých podobách. Naopak k rozšířené podobě ROLE 2 *enhanced* patří právě i pokročilejší technika jako CT. ROLE 3 je pak divizní specializovaná nemocnice, kde máte jednak plné spektrum chirurgických oborů (včetně například čelistní chirurgie nebo neurochirurgie) a jednak i menší obory jako ORL, pediatrii či gynekologii. A konečně ROLE 4 je nemocnice sboru, to je nejvyšší stupeň, a tam už je plné spektrum – stejné, jaké najdete třeba v Ústřední vojenské nemocnici nebo ve fakultních nemocnicích. Zde se můžete poprvé setkat například i s patologií.

#### Který z těchto nemocničních stupňů je schopna postavit a vyslat na misi Česká republika?

Podle vojenské strategie z roku 2008 má česká armáda maximální ambici postavit bez rotace nemocnici ROLE 3. Síly a prostředky jsou většinou z naší základny. Takovou nemocnici pak můžeme v případě potřeby doplnit jednotlivými specialisty z ÚVN. Teď jsme získali nastálo například očního mikrochirurga, takže těch odborníků, kteří nám chybí, je opravdu minimum.

#### Co pro lékaře obnáší stát se příslušníkem nemocniční základny?

My jej platíme a máme za něj odpovědnost. Tito lékaři si ovšem musí udržovat a rozvíjet erudici na pracovištích a v disciplínách, jež jsou co nejbližší spektru válečných diagnóz – pro nás je důležitá především traumatologie, chirurgie a ARO. Naši lékaři a sestry proto stáží zhruba na 25 místech po celé republice. Čtyřikrát do roka si je vždy na týden svoláme a zde na základně procházejí výcvikem v oblastech, jež jsou důležité z hlediska jejich potenciálního nasazení: jak se chovat v minovém poli, po výbuchu, v případě chemického poplachu, v konvoji...

#### Rozložíte si během takového výcviku „cvičnou“ polní nemocnici a trénujete přímo v ní?

Ano, to je pro nás důležité zejména v nové struktuře, kdy už musíme modelovat jednotlivé úkoly. Například teď v červnu si odvcíváme uskupení ROLE 2. Budeme cvičit scénáře lidí zasažených zbraněmi hromadného ničení, zejména zevní a vnitřní kontaminaci radionuklidy. Tady nám velmi pomohou také naši kolegové z chemické brigády v Liberci, v rámci dekontaminace. A když už je technika vidět a lidé jsou sevcívání, vždy to celé zakončuje den otevřených dveří. Naposledy jsme tu měli podobnou ukázkou v dubnu 2009, kdy jsme cvičili polní nemocnici předurčenou pro evropské síly, pro takzvanou European Battlegroup. Abychom se aspoň trochu postarali o vlastní *public relations* a seznámení občanů s naší prací, protože na českém území většinou nejsme vidět. Málokterý daňový poplatník se totiž pojede podívat do Afghánistánu, jak účelně se využívají jeho prostředky. Vyjma reportáží v médiích o nás tudíž veřejnost nemá prakticky žádnou informace.

#### Existují situace, kdy byste byli nasazeni do akce v České republice?

Nasazení vlastní polní nemocnice na našem území je vzhledem k hustotě nemocniční sítě velmi nepravděpodobné. Dá se uvažovat

o posílení existujících kapacit v případě nutnosti, například pokud by na nějakém území došlo k hromadným ztrátám či rozsáhlému neštěstí, jež by spádové nemocnice nezvládaly. Například minulý rok během povodní v severních Čechách osmnáct lidí od nás posílilo jednotky, které odstraňovaly následky.

#### Účastní se vaši lékaři a zdravotníci misí i v době, kdy není naplánován výjezd celé polní nemocnice?

Česká armáda má monitorovací, styčný a výcvikový tým v afghánské provincii Vardak a do něj přispíváme jedním lékařem a jedním záchranářem do každého uskupení. Tito vojáci mají za cíl vycvičit během každé rotace jeden afghánský *kandak*, který je ekvivalentem praporu. Je to náročná práce, navíc musíte překonávat kulturní rozdíly. Takže k tomu, co tam naši vojáci odvádí, mám hlubokou úctu. A jejich práce opět není vidět. Vedle toho funguje ještě český chirurgický tým jako součást francouzské nemocnice ROLE 3. Jde o tři lékaře, šest sester a jednoho operačního důstojníka, který se stará o přísun a odsun pacientů, tedy něco jako dispečink. Naši lidé tam pracují pod francouzským velením, zatím je s nimi velká spokojenost a slyším samá pozitivní. Zrovna včera mi operační důstojník

řikal, že měli na čtyři lůžka JIP šest pacientů, takže naši lékaři a sestry opět museli improvizovat a ukázat, co v nich je.

Pokud nejde o náhlé akce, postupujeme plánovitým způsobem. Tady mám naplánované mise až do roku 2013. Každý lékař tedy ví, ve kterém období bude trávit určitý čas v terénu, například právě v provincii Vardak. Mezitím si samozřejmě zvyšuje erudici doma a normálně pracuje v rámci některého zdravotnického zařízení.

#### Pokud dostanete rozkaz, jak rychle jste schopni vyrazit s celou polní nemocnicí do akce?

Jsme schopni výjezdu 30. den po rozkazu. Teoreticky by to šlo i rychleji, ale brzdí nás věci, jako je nákup spotřebního zdravotního materiálu. Ten má rychlou expiraci, a protože musíme šetřit, nakupuje se až těsně před výjezdem (a netřeba zdůrazňovat, že pro polní špitál je třeba opravdu hodně materiálu). Jinak bychom byli schopni být na ranveji do třetího dne. Pro ilustraci – už jen nemocnice ROLE 2 v plné verzi znamená 110 kontejnerů s vybavením, až 150 lidí a k tomu samozřejmě příslušná technika.

#### Jak dlouho pak trvá, než uvedete nemocnici do chodu na místě určení?

Norma na rozestavení polní nemocnice ROLE 2 je 14 dní. To se

může zdát jako dlouhý čas, ale není. Největším úskalím je nutnost zpevněného terénu. Na to jsme narazili například v Iráku v roce 2003. Z hlediska operačního nasazení bylo nevhodnější místo za bývalou vojenskou, dnes dětskou nemocnicí v Basře, ale zase tam byl velmi špatný terén z hlediska ženižního. Proto jsme s pomocí našich ženistů i místní firmy museli zpevnit povrch tak, aby nemocnice mohla vydržet stát delší dobu. V Kábulu v roce 2007 ženisté také museli zpevnit povrch, než jsme mohli stavět, a povedlo se jim to ve velmi rychlém čase. Jakmile máte zpevněný povrch, už to jde rychle, vše se dá postavit a zapojit do dvou tří dnů.

#### Mezi nemocnicemi postavenými v rámci různých misí jsou patrné velké rozdíly. V čem všem spočívají?

Když se plánuje na papíře nemocniční uskupení, musíte přesně vědět, jaké úkoly má plnit. Na to si pak na míru ušijete možnosti konkrétní polní nemocnice, pak už jen nasazujete příslušnou techniku, prostředky a personál. Každý úkol má tedy malinko jinak postavenou nemocnici. Rozdíl je i v takových věcech jako například kuchyně. Když máte humanitární misi jako v Basře, kde nejste na vojenské základně, musíte si s sebou vzít co nejvíc vlastních sil. Humanitární



19. května 2008: Poprvé v historii byli zástupci Univerzity obrany jmenováni profesory na půdě pražského Karolina.



mise jsou z hlediska nasazení ty nejdražší, pokud jde o počet lidí a jejich kvalifikaci. Naopak v Kábulu jsme existovali na spojenecké základně, tudíž jsme třeba vlastní kuchyň nepotřebovali, stačilo na-

**plk. gšt. prof. MUDr. Jan Österreicher, Ph.D.**

**\* 12. listopadu 1971 v Sokolově**

Vojenskou lékařskou akademii J. E. Purkyně a Lékařskou fakultu UK v Hradci Králové ukončil v roce 1996, poté absolvoval doktorské studium v oboru vojenská radiobiologie. Habilitován byl v roce 2001, profesorem byl jmenován v roce 2008. V letech 2003–2009 vedl katedru radiobiologie Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, kde působil jako vědecký a pedagogický pracovník od roku 1997. V letech 2004–2007 byl prorektorem pro vědeckou činnost UO. Nyní je velitelem Nemocniční základny AČR.

Ve své výzkumné činnosti se zaměřil především na studium patogenezise a možnosti léčby radiační pneumonitidy, přenesených účinků ionizujícího záření, výzkum v oblasti proteinové biologické dozimetrie, jakož i praktických inovací léčebně-odsovného systému po použití radiologických zbraní. Absolvoval odborné stáže v Mnichově, Londýně a Lipsku. Je autorem či spoluautorem více než 110 publikací, z toho 49 v mezinárodních impaktovaných časopisech. Je členem výboru Evropské společnosti pro radiační výzkum (ERRS) a členem výboru Společnosti pro radiobiologii a křížové plánování ČLS JEP, hlavním odborníkem Armády ČR v oboru radiobiologie, národním představitelem ČR v radiobiologické pracovní skupině NATO a členem stálé skupiny NATO pro lékařské aspekty použití zbraní hromadného ničení.

Jako styčný důstojník kontingentu české polní nemocnice se účastnil misí v irácké Basře (2003) a afghánském Kábulu (2008), působil i v rámci sil KFOR i Kosovu (2007–2008) jako *medical manager*. Další sférou jeho odborného zájmu je bezpečnostní politika a strategie. V roce 2005 absolvoval studium této problematiky v NATO Defense College v Římě, v letech 2009–2010 kurz Generálního štábu AČR.

Je rozvedený, má 2 děti, jeho zálibou je četba kvalitní literatury.

smlouvat jídelnu. Tím ušetříte za kuchaře, za suroviny...

**A pokud jde o zdravotnickou stránku věci, jsou i zde velké rozdíly v poskytovaných službách?**

Záleží na typu operace. Vše je velmi proměnlivé a musíte vědět, jaké můžete očekávat spektrum pacientů, a mít od začátku co nejpřesnější informace. Přesto vždy zpětně zjistíme, že realita je trochu jiná, než se očekávalo v rámci plánování. Ale portfolio léků při prvním výjezdu rozložíme do tak širokého spektra, že se většinou trefíme asi z 80 % do toho, co je potřeba, což je vynikající úspěšnost. Zásoby polní nemocnice se pak doplňují každých 30 dnů, takže můžete průběžně hlásit do Prahy, čeho potřebujete víc, co vám schází, co se udělá jinak, a není problém to upravit.

**Kdo jsou vaši pacienti? Sloužíte na misích spíše spojeneckým vojákům, nebo se stejnou měrou věnujete i civilním pacientům?**

Poměr je zhruba půl na půl. Staráme se nejen o koaliční vojáky, ale i o místní pacienty, kteří patří k takzvaným *collateral damages*. Ne vždy se totiž při různých přestřelkách podaří, aby byly postiženy jen nepřátelské síly. Může se stát, že dojde ke zranění civilní populace, a tak je morální povinností koaličních sil se o tyto raněné postarat.

**S jakým spektrem diagnóz se během misí setkáváte?**

Je velmi podobné tomu, co vidíte u nás v traumacentrech. Nežádka se ovšem setkáte s až raritními a kuriózními diagnózami, například jsme viděli rentgenové snímky člověka, který měl kulku mezi mozkovými hemisférami, nad tuřeckým sedlem, a rozhodně to nebyl náš jediný pacient, který takto přežil i s kulkou v hlavě... K exotičtější části práce patří i různá pro nás neobvyklá parazitární onemocnění. Co jsem tak zaslechl od našich chirurgů, říkali, že například operovali parazitární cysty v játrech, jaké se v Česku hned tak nevidají. A když zasahujete v méně civilizovaných oblastech, kde dlouhodobě nebyla poskytována adekvátní péče, narazíte samozřejmě i na řadu zanedbaných vrozených vad, jež jsou v České republice léčené obvykle již v kojeneckém věku. Setkali jsme se tedy s našimi prostředky neoperabilními vrozenými poruchami, léčitelnými jen v nejspecializovanějších centrech.

**Byla nějaká šance pomoci i těmto těžkým pacientům?**

Ano, například prostřednictvím projektu nazvaného *Medevac*, který vznikl za spolupráce podplukov-



níka Miloše Bohoňka z ÚVN s kolegy z FN Motol. V našich polních nemocnicích se pak vytipovávali pacienti, většinou děti, s vrozenými srdečními vadami, kteří byli velmi dobře operabilní. Jedná se o extrémně těžkou práci z hlediska morálního či lidského, kdy na vyběrajících lékařích závisí, kdo dostane šanci žít. Do výběru se dostal jen jeden z mnoha pacientů, kteří splňovali přísná kritéria. Své naděje k tomuto programu upíralo mnoho dětí a jejich rodičů, ale jen malá část mohla být uspokojena, což je velmi smutné, přesto má smysl každý zachráněný život. Tento projekt jsme odstartovali v Iráku a pokračovali i v dalších zemích, řadu pacientů jsme přivezli z Kosova, Pákistánu či Afghánistánu. Jde o specifický program ohraničený na zónu, kde pomáhá česká armáda. Samozřejmě stojí určité peníze, takže není vždy jednoduché prosadit jeho schválení.

**Narazil jste na psychickou náročnost práce vojenských zdravotníků, obecně je zřejmě během misí velmi vysoké riziko burn out. Lze mu efektivně předcházet?**

Na to se specializuje náš psychiatr ze 7. polní nemocnice docent Jan Vevera, který v tomto směru podniká i vědecko-výzkumnou činnost. A rozhodně máme bohaté empirické vstupy a praktické zkušenosti. Každá mise je jiná, jinak náročná. Můžete mít za úkol jednoduché patrolování v relativně bezpečné zóně a nejlépe pod takovým tlakem. Nebo můžete být o padesát kilometrů dál prakticky ve válečné zóně a můžete se obden setkávat s bojovou situací. Pak se u vás rychle dostaví *battle stress* či posttraumatický syndrom.

Pokud nemáte dobře stmelenu jednotku, vyhoří rychle. Pokud se nestaráte o jejich rodinné vazby, vyhoří tím rychleji. V misi není jen voják, ale celá rodina, která tím trpí. V průběhu mise totiž děti, partneri a partnerky doma „zastupují“ dotyčného vojáka či vojačku, což mění architekturu fungování celé rodiny. Navrátit se do původního vztahu je velmi obtížné, partner či rodina se naučí samostatnosti a často pak logicky vznikají problémy. Ty očekáváme nejen v prostřední a poslední části mise, ale také právě po návratu. Psychologická služba armády se proto snaží kontaktovat rodiny a řešit jejich problémy.

Pokud jde o vojáky v terénu, i vojenští lékaři a zdravotníci jsou „jen“ lidé. Je pak především na velitelích, aby byli schopni lidského přístupu v různých situacích. Každý velitel je vybírán z mnoha aspektů a lidská chemie je jedním z těch důležitějších kritérií. Jinak proti stresu dobře fungují kulturní akce, pomáhá útěk od reality, čtení, počítačové hry... Já si třeba beru do notebooku stovky knížek v elektronické podobě.

**Mají vojáci na misi povinně „nařízenou“ jakousi formu supervize, například pravidelné sezení s psychologem či kaplanem?**

Psychologie vojáka není na povel, duše také ne, pouze tělo je na povel. Psycholog nebo kaplan je samozřejmě v kontaktu s lidmi, chodí mezi nimi, stará se o utužení morálky, o soudržnost týmu, pomáhá vlastně velitelům udržet klima jednotky na co nejvyšší úrovni. Často zafunguje jen tak si popovídat, dvacetiminutový rozhovor může zcela nahradit třeba jednu dávku

sedativ. Člověka zklidní, když může své problémy sdílet, a tu možnost naši vojáci mají.

**Existují na Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany nějaké speciální kurzy, jež připravují vojenské lékaře a další zdravotníky na specifika práce v zahraničních misích?**

Ano, jde například o trénink rychlé pomoci a třídění pacientů (takzvanou *triáž*). Ve válečné zóně je to velmi nutná dovednost, zatímco v civilu se s potřebou *triáže* můžete setkat jen velmi raritně, u větších událostí, jako byla například nehoda autobusu u Nažidel, letecká či vlaková neštěstí. Zkrátka když je více zraněných, než kolik činí momentální kapacita spádových nemocnic. Pak musíte pacienty začít třídít na ty, kteří mají šanci na přežití, za předpokladu poskytnutí rychlé péče, a na ty, u nichž je zranění neslučitelné se životem. Dále pak musíte vytřídit ještě ty, u nichž péče může být odložena. Jde celkem o čtyři kategorie, prioritní jsou ty, u nichž při neléčbě hrozí ztráta života, druhá kategorie je odložitelná péče, kdy lze poskytnout péči až po dvou hodinách, třetí kategorií jsou pacienti chodící a čtvrtou bohužel ti, kteří již nemají šanci na přežití. Po roztřídění je třeba pacienty odsouvat přesně v tomto pořadí, čímž zajistíte, že vám přežije maximum.

**Vedle polních nemocnic čestí vojenští lékaři fungují i v rámci takzvaného aeromobilního týmu. O co se jedná?**

Představte si malý chirurgický tým, který je přesouván a transportován letecky. Aeromobilní tým byl schválen v prosinci 2004.



## PŘEDSTAVUJEME

Jde o ujednání mezi ČR a OSN, že v případě, kdy nebudeme mít síly vyčleněné pro NATO nebo EU, můžeme po schválení vládou a parlamentem vyslat do terénu v zahraničí dvě uskupení, mobilní a aeromobilní tým o deseti, respektive šestnácti lidech. Ti pak mohou působit na místě po určitou dobu, v zásadě jak jim stačí zásoby. Uvažovalo se o tom například loni v lednu při katastrofě na Haiti. Nejsme uzavřeni v ulitě, takže pokud se doslechne o tom, že naši lékaři a sestry jsou potřeba, jsme schopni plánovat jakýkoli typ nemocničního uskupení, například i v rámci větší humanitární akce.

### Co považujete obecně za největší benefit pro vojáka, pokud se účastní zahraniční mise?

Lidé si myslí, že největším benefitem jsou peníze. To je hloupost, peníze se rozkutálí. Největším benefitem jsou zkušenosti. Čím slavnější údolím si jednotka projde, tím je soudržnější. Najednou získáte kolegy a partnery na celý život. Lidé, kteří tam jezdí s menší porcí zkušeností, si dokážou, že zvládnou to, co musí, a to, co chtějí umět. Dá jim to obrovskou vnitřní sílu. Z dlouhodobého hlediska dojde k z odolnění organismu. A co je důležité – srovnají se s vaší životní hodnoty. Na žabomyší války v naší kotlině pak koukáte s úplně jiným odstupem a nadhledem, protože vás zajímá jen to důležité. Vážíte si třeba východu a západu slunce. Sám pro sebe pak ještě vidím smysl velení této jednotce v tom, že se mohu starat o vojáky, o kterých vím, že jsou velice kvalitní po lidské i odborné stránce.

### Nyní k vaší vlastní odborné činnosti. Jste členem výboru Společnosti pro radiobiologii a krizové plánování ČLS JEP. Co je jejím hlavním posláním a kterými tématy se především zabývá?

Společnost existuje od roku 1992, jejím současným předsedou je profesor Leoš Navrátil. Radiobiologie je medicínskou disciplínou, která se zabývá specifickými účinky ionizujícího a neionizujícího záření, tedy celého spektra částic. Zcela konkrétně to znamená, že se zabýváme diagnostikou a léčbou nemocí z ozáření i postradiačních poškození a odhadem či krizovým řešením takzvaných stochastických (nahodilých) účinků záření. Ty jsou jen pravděpodobnostní, můžete tedy pouze na velké populaci odhadnout, kolik lidí bude poškozeno nádorovým bujením či genetickými vadami v dalších generacích. Další složkou je časná dekontaminace, umění správné de-

kontaminace a také léčba vnitřní kontaminace radionuklidy. To jsou opravdu klíčové dovednosti, a tak jsem si předsevzal, že to u nás budeme trochu víc cvičit. Dříve to bylo i u chemického vojska jakousi černou skříňkou, která se moc „netvořila“, nicméně tento typ diagnózy je jako dělaný na spolupráci mezi chemickým a zdravotnickým vojskem. Proto ji rozvíjíme a myslím, že úspěšně.

### Pokud skutečně k nějaké radiační nehodě na našem území dojde, kdo se o takové pacienty postará?

Jednak 2. interní klinika – oddělení klinické hematologie zde ve Fakultní nemocnici Hradec Králové pod vedením pana profesora Ladislava Jebavého, kam spadají pacienti ozáření dávkou vyšší než 1 gray. Zde by se o ně postarali profesionální vojáci, kteří jsou příslušníky katedry válečného vnitřního lékařství.

Léčba zevně ozářených osob do úrovně 1 Gy a osob vnitřně kontaminovaných radioaktivními látkami pak probíhá na speciálním pracovišti Kliniky nemocí z povolání 1. LF UK v Praze pod vedením paní profesorky Daniely Pelcové. S tím, že vnější dekontaminace se provádí samozřejmě buď hned na místě zjištění, nebo po příjezdu na kliniku. Tato centra jsou samozřejmě schopna poskytnout své know-how a metodiku dalším pracovištím, kdyby to bylo zapotřebí v rámci větší události.



### Proč má vaše společnost v názvu i krizové plánování? Krizové plánování lze přeci nejen v radiobiologii.

Naprostou správně. V radiobiologii, když už pracujeme s určitými scénáři, se však většinou počítá i s větším množstvím postižených. Proto je pro nás velmi důležitá například zmíněná problematika třídění pacientů a obecně pravidla práce s velkým počtem osob. Čili jde o krizové plány nejen pro události, kde se jedná o zasažení zářením, ale o mechanismy zvládnání větších nehod a velkého množství pacientů aplikovatelné i v jiných oborech.

Ani samotná radiobiologie navíc není úzce vymezený obor – máte tam kus biofyziky, biochemie, radiační patologie, patofyziologie, farmakologie, interny, v případě kožních defektů se přidává plastická chirurgie, dermatologie, zkrátka je zde multidisciplinární přístup, jak je v moderní medicíně běžné u každého oboru.

### Máte v rámci radiobiologie nějaké „své“ téma?

Když jsem začínal, mou oblíbenou problematikou bylo postradiační poškození plic. Postupem doby jsem přesedlal na téma časné diagnostiky akutní nemoci z ozáření. Ona se totiž rozvíjí s určitou latencí a právě zde máte k dispozici určité období, kdy můžete zmírnit projevy nebo i odvrátit brzkou smrt, pokud poskytnete skutečně kauzální a účinnou léčbu. Například u dřevných útluhů můžete při časné

a správné diagnostice ihned podat růstové faktory a poškození dřeneň pak není tak výrazné.

### Jedná se o nové poznatky, nebo už byly známy například v době černobylské katastrofy?

Před třiceti lety se to nevědělo. Ale černobylská havárie byla cenným zdrojem zkušeností. Ona totiž každá lidská chyba slouží k tomu, abychom příště reagovali lépe. Samozřejmě v radiobiologii si stejně jako v toxikologii či mikrobiologii nemůžete nasimulovat hromadu ozářených, intoxikovaných či infikovaných pacientů, ale musíte neustále kriticky reflektovat dosažené postupy, porovnávat je s dostupnou nejmodernější technologií a léčbou a poté reagovat a měnit je tak, aby byly co nejučinnější a zároveň neekonomičtější.

### Jak jste vnímal aktuální informace okolo havárie jaderné elektrárny v japonské Fukušimě?

Sledoval jsem samozřejmě kdejakou novinovou zprávu. Na seriózní zhodnocení je samozřejmě brzy, protože v odborném tisku se to objeví až ve druhém pololetí nebo napřesrok. Osobně jsem stále toho názoru, že jaderná energie je tou nejlevnější a nečistší, jakou v současnosti máme k dispozici. Kdybychom se jí vzdali, akorát nás to znevýhodní v soupeření o zdroje s jinými civilizacemi. Každá taková nehoda ovšem zároveň vede k tomu, že se bude klást větší důraz na bezpečnost každého významnějšího zdroje záření. Vše se vyvíjí empirickou cestou, takže ve Fukušimě už vědí, že stavět reaktory v oblastech, kde hrozí tsunami, není tou nejlepší cestou.

### Zvládla podle vás japonská vláda a odpovědní činitelé komunikaci během řešení této katastrofy?

To je zajímavý problém – zde se opět dotýkáme vlastního krizového řízení. U postižení velké části populace je krizový management vždy závislý na politicích. Pokud zodpovědný funkcionář není kovaný v krizových situacích, může se stát, že zprvu problém bagatelizuje – pak může svými rozhodnutími, rozkazy či radami poškodit část populace. Na druhé straně, pokud se to přezene, například co do rozsahu evakuované zóny, najednou se nám každý evakuovaný člověk ocitne ve stresové situaci. Jisté procento nám utrpí například infarkt myokardu, bude určitá nehodovost na silnicích... Takže vždy tu bude nějaké procento ztrát. A s těmito procenty musíte pracovat, zvažovat, kolik lidí bude ohroženo evakuací (ale také neevakuací) nebo tím, že se jim nedostane péče. Po-

kud k tomu přistoupíte politicky či populisticky, můžete napáchat více škod než užítka a více lidí poškodit než ochránit. Základní filozofie každého řešení krizové situace je zachránit maximum za cenu co nejnižší a nejrozumnějších postupů. Je třeba používat selský rozum, věci nebagatelizovat, ale ani nešířit poplašné zprávy, což je ostatně trestné.

### Ještě bych se krátce zastavil u vašich odborných začátků. Jak vzpomínáte na své působení ve Fingerlandově ústavu patologie, který je považován za špičkové pracoviště svého druhu?

Ve Fingerlandově ústavu jsem působil už jako student a byla to pro mne obrovská výzva a duševní osvěžení. Patologie je z mého pohledu jedním z nejkrásnějších oborů medicíny, máte tam plné spektrum diagnóz, navíc je to nejtěžší disciplína, která klade nároky na rozhodovací procesy. Laická veřejnost si málokdy uvědomuje, že patolog slouží především živým – na něm je rozhodnutí, o jakou diagnózu se jedná, je zde tedy obrovská odpovědnost. I proto si vybírají jen ty nejlepší studenty, je čest u nich pracovat a rozhodně to není jen tak pro někoho. Já se ještě v průběhu svých posledních tří studentských let zaměřil na bronchogenní karcinom plic. Musím přiznat, že jsem jako kuřák doufal, že větší porozumění mi pomůže odvrátit moji závislost, bohužel se tak nestalo. Kuriózní je, že pan profesor Antonín Fingerland byl velký bojovník proti kouření, přitom sám přestal kouřit v „mladém věku“ 70 let. A dožil se skoro stovky.

### Máte při řízení nemocniční základny čas na vlastní vědecký výzkum?

Bohužel nemám. Naprostý kontakt s laboratorii jsem ale neztratil, působím tam lidé, kteří mi byli velmi blízcí řadu let a jsou mi blízcí i nadále. Jejich výzkum a práce proto sleduji stále, a pokud mě síly stačí, aspoň s něčím se snažím pomoci, i kdyby jen formou diskuse či interpretace výsledků. Ale dnes už nemám sílu být při velení základně zároveň každodenně přítomen v laboratoři a provádět pokusy. Pozoruji je zpovzdálí a sleduji všechny výzkumné aktivity i doktorandské práce na katedře radiobiologie. Snažím se udržet krok s dobou, číst odbornou literaturu a také trochu učit, což ostatně dělám v době své řádné dovolené... Díky tomu, že se mi ovšem povedlo rozvinout akreditaci na katedře tak, že tam *de facto* jako učitel potřeba nejsem a pracuji tam ▶



řada kvalitních lidí, kteří sami jsou nositeli akreditace, jsem už z pohledu výuky radiobiologie v Hradci prakticky zbytečný.

#### Vy jste si ale mezitím našel další pole působnosti...

Ano, mojí druhou disciplínou je strategie a bezpečnostní politika. Měl jsem to štěstí, že jsem absolvoval studium *grand strategy* v NATO Defense College v Římě. Učí se zde takzvané strategické myšlení, kdy hodnotíte dlouhodobé trendy, v perspektivě dvaceti třiceti let, a z hlediska území rozlišujete minimálně regiony, jako je Subsaharská Afrika, Maghreb, Blízký východ či Střední Amerika. Neohraňujete se tedy na malou českou kotlinu, ale na celou střední Evropu či jenom Evropu a podobně. Je to zkušenost hodně odlišná od běžného útvarového života. Představte si, že vezmete důstojníka, který je velmi dobrý na běžné taktické úrovni, v jednání s lidmi se cítí jako ryba ve vodě, a najednou ho nutíte učit se dlouhodobé trendy, plánování a posuzování bezpečnostní politiky... a ono to chvíli bolí. Po takových šesti osmi nedělích do toho však vplujete a tyto vědomosti i dovednosti začnete absor-



bovat. Je to zkrátka úplně jiný druh myšlení. Strategie totiž často jde proti taktice. Svého času jsem zastával názor, že všechna nelogická rozhodnutí jsou rozhodnutí strategická. Ale z opravdu dlouhodobého hlediska to vždy smysl má.

#### Co přinesla tato zkušenost vám osobně?

Obohatilo mi to myšlení a otevřelo jakýsi další kanál, kdy si musíte ve svém rozhodování být vědom těch dlouhodobých trendů. Trend můžete urychlit nebo opozdit o dva tři roky, ale nemůžete se mu vyhnout. Musíte na něj v každém případě reagovat, a je tedy dobré být

připraven. Zužtkováváte pozitivní stránky, uhýbat negativním, dělat kompromisy na správných místech. To už není věda, ale umění. Rozhodl jsem se tuto problematiku i sám vyučovat, protože některá strategická témata se u nás nepřednáší. Když už jsem tedy dostal příležitost na katedře politikologie v Ústí nad Labem, řekl jsem si, že stojí za to seznámit s těmito tématy naše budoucí šifitele hodnot, potenciální politiky, učitele a další příslušníky budoucích elit. S tím, čeho by si měli být vědomi a že je tu celé spektrum rozhodovacích procesů, jež mají dlouhodobé důsledky.

#### Který z oněch dlouhodobých trendů nyní vnímáte jako nejzávažnější otázku k řešení?

Soupeření o zdroje v celosvětovém měřítku. Na jedné straně je severoatlantický bezpečnostní prostor, kde samotné evropské státy dovážejí zhruba 50 procent surovin. Podle výhledu EU se tato surovinová závislost v příštích zhruba 25 letech na 70-75 procent. Surovin je vždy omezený počet, bylo tomu tak v minulosti a vždy bude, takže soupeření o ně je základním zdrojem konfliktů. Někdy je tento trend výraznější, jindy ustoupí, záleží na aktuálních technologiích. Před objevem průmyslového využití ropy se soupeřilo o uhelné doly, pak o ropná pole, dnes nás zajímají uranová ložiska. Jsem ale velký optimista a věřím, že jednoho dne bude sestaven fúzní reaktor, který nám umožní zbavit se té aktuální závislosti. Nevím, zda tou pravou cestou budou tokamaky, či lasery, jež rází Američané, ale těším se na výsledek.

**A jak vidíte dlouhodobou perspektivu našeho vojenského zdravotnictví v dobách všeobecných škrtů?** Zatím je naše oblast díkybohu stále brána jako jedna z priorit. Vezměte si to selským rozumem – erudova-

ná zdravotní služba přispívá k vyšší morálce vojska. I kdybyste měli armádu o jednom vojákovi, potřebuje je za sebou mít celý komplex specialistů. Pokud za zády nebude mít zdravotníka, který se o něj dovede postarat, když bude nejhůř, ten voják vám nebude bojovat. On je zákazníkem pro všechny ostatní služby, jež jsou tvarovány přiléhavě velikostí a podobě armády. Tak, aby opět došlo k co nejvyšší efektivitě s co nejnižšími náklady.

#### Vnímáte nějakou jednotící linii mezi všemi oblastmi vašeho odborného zájmu?

Na první misi jsem coby radiobiolog kývl proto, že jsem si říkal, že nemohu přednášet teorii, když nevím, jaká je situace v praxi. A teorie s praxí musí být v sepětí. Později, když si projdete více misemi, se najednou setkáte s další řádkou problémů, jež vám vrtají hlavou, a chcete jim přijít na kloub, což vás vede k obecnějším otázkám, tedy zase od praxe k teorii. Ona je to skutečně taková linie – jak člověk stárne, postupuje od jednotlivosti k obecnému. Na praxi musíte reagovat tak, že pozměníte nebo modifikujete teorii, když už ta původní nevyhovuje.

Inzerce A111010453

# Deník E15 nyní také v prodeji

**15 MINUT PRO  
EKONOMIKU & BYZNYS**



MLADÁ FRONTA



MLADÁ FRONTA

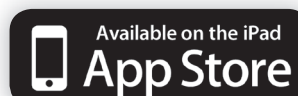


www.E15.cz



# Naše knihy nyní i pro Vaš iPad™

Stáhněte si aplikaci kniha.cz pro iPad™ v aplikaci App Store.  
Zadejte do vyhledávacího pole text „kniha.cz“.



# Mozková ortéza a záševky na kůži

Zpívajícího právníka Jahelku známe všichni, promovani inženýři (Rangers) tu už také byli, architekt (Pavel Bobek) stál dokonce přímo u zrodu českého bigbitu. Plastický chirurg, který zpívá a hraje na kytaru v kapele Mozková ortéza, je však ostravská rarita. **MUDr. Otakar Lucák** sice říká, že plánují vydání CD a koncertní šňůru, nicméně vpád do hitparád určitě nehrozí, konkurence ze šoubyznysu tedy může klidně spát.

## Jak vás napadlo dát dohromady kapelu?

To byl nápad jednoho večera. Sešli jsme se na večírku u kamaráda a hrálo se na kytary. Přidal se s klávesami a sedlo nám to. Slovo dalo slovo, sešli jsme se za týden, přibrali tenistu, který chtěl zkusit hrát na bicí, a za další dva týdny se přidal další kytarista. My jsme všichni taky sportovci nebo aspoň máme sportovní ducha, tak se zarytě vrháme do všeho, co nás nadchne – do měsíce jsme vykoupiili jednu ostravskou prodejnu pro hudebníky. Pořídili jsme dvě elektrické kytary, dvoje bicí, basovou kytaru, čtyři aktivní reprobedny, mixážní pult, stojany, držáky na kytary, domácí střížnu, mikrofony, různé kytarové pedály a několik kilometrů kabelů. Dokonce jsme tam objevili skvělého učitele hry na kytaru a bicí.

## Proč zrovna Mozková ortéza?

My jsme vůbec taková zvláštní osádka. Je to asi přesnější vyjádření stavu než nás nazývat kapelou.

Pro přesnost – na kytaru sice hraji asi třicet let, zato hodně amatérsky, se zpěvem je to stejné. Ale už tři měsíce chodím na lekce kytary a zpěvu. K tomu jsem se začal přeučovat na kytaru elektrickou. Ještě že máme výborného klávesistu, který má za sebou asi patnáct let klavíru. Toho ale klávesy nebaví, a tak se rozhodl, že bude radši hrát na baskytaru. Už má za sebou asi pět lekcí. To vše rytmicky tvrdí bubeník, který si bicí koupil letos v lednu a už celkem asi dvacetkrát bubnoval. Jsme z něj ale všichni nadšení, protože má opravdu talent a od zkoušky ke zkoušce se lepší. Naštěstí aspoň sólový kytarista hrál mnoho let v kapele. Ten tomu dává hudební profesionalismus, správný směr a určuje mantinely. Škoda, že v té kapele hrál naposledy před pětadvaceti lety.

Naše produkce není ani zdaleka dokonalá, jen se nám občas něco maličko povede, ale nesmí to slyšet profík. My se u toho ovšem královsky bavíme, neskutečně si odpočineme a přijdeme na jiné

myšlenky. Takže proto název kapely Mozková ortéza. Je to ohromná relaxace, tisíckrát lepší než nějaké cigarety, kafe a tak. Hudba je opravdu mocný čaroděj.

## Máte nějaké ambice prorazit, chystáte se vydat CD?

Ambice, ty my rozhodně máme, to v každém případě! V první řadě bychom chtěli, tedy každý z nás by chtěl, zvládnout svůj hudební nástroj. Pak máme v plánu to vše propojit a spojit se zpěvem. Pokud se nám to podaří, dalším krokem bude nacvičit nějaké písničky. Jsme ve fázi, kdy zatím pátráme po stylu. Láme nás to od popu, přes rock až ke garážovému rocku reprezentovanému třeba Visacím zámekem. Záběr tedy máme opravdu široký. Nedávno jsme po dlouhém zvažování definitivně vyloučili z repertoáru „Severní vítr“, ale i AC/DC, protože jsme uznali, že pěvecky ani hudebně je už asi nikdy nedoženeme.

Vzhledem k tomu, že existujeme pouze několik měsíců, koncert-



Foto: archiv MUDr. Lucáka

ní šňůru plánujeme až na letošní podzim. Začne (a doufám, že taky hned neskončí) na velkých kulatinách dalšího našeho tenisového a golfového kamaráda. CD pak vydáme určitě. To je výzva. To musí být. Dnešní doba technických možností tomu jen nahrává. Střížnu jsme už koupili mezi těmi ostatními věcmi z hudebnin. Na prvním CD určitě budou jen převzaté hity, ale kdoví, co bude na dalším...

## Jaké profese zatím zastávají vaši kolegové ze skupiny, než se stanou bohatými a slavnými díky Mozkové ortéze?

Jsme tam dva lékaři. To se docela hodí i publiku, už jsme si v tomhle směru taky rozdali úkoly podle odbornosti. Já jako plastický chirurg mám na starost mimo elektrické kytary a pokusu o zpěv sešívat drobné tržné rány našich omdlívajících fanoušků. Kolega je zase internista – kardiolog, ten se tedy stará o infarkty, jež u našich posluchačů vyvolává náš repertoár a kvalita produkce. Rytmus drží bubeník, který podniká v oboru montáží vrat a plotů, a sólovým kytaristou je spolumajitel jedné stavební a opravní firmy. Všichni se známe strašně dlouho přes tenis a některé z nás poměrně nově spojuje i golf. Proto jsme ze začátku chvíli uvažovali o tom, že bychom se jmenovali Tenisová golfáči, ale Mozková ortéza zvítězila.

## Když operujete, máte na sále puštěné rádio nebo CD?

Nedovedu si operaci bez hudby už

vůbec představit. Nevím, kdo s tím kdy začal, ale co sám pamatuji, na všech sálech plastických chirurgií, kde jsem kdy byl, vždycky hrála rádia. Rozhodně se na operačních sálech poslouchalo rádio ještě daleko dříve, než se to objevilo v různých televizních seriálech. Dodává to pohodu a platí nepsané pravidlo, že žánr poslouchané hudby určuje hlavní operatér, tedy ten, který zrovna vede operační tým.

## Jakou hudbu posloucháte při operacích vy?

Nemám vyhraněný konkrétní hudební styl, který bych vždy prosazoval. A tak na sále posloucháme běžné rozhlasové programy. Jen občas měníme stanice, protože když posloucháte jen jednu stanicí celé dny, po nějaké době už pak naprosto přesně víte, která písnička bude následovat, a to mě nebaví. Ale znám i kolegy, kteří si na sál opravdu přinášejí CD se svou hudbou. Pak mohou kolemjdoucí slyšet ze sálu tu vážnou hudbu, tu rock, jindy zase country.

## Vedete kliniku a operujete, míváte ještě čas na něco jiného?

Po práci, jak jen to trochu jde, rád zajdu na tenis nebo v zimě, když mám čas, na lyže. Co ale vůbec nejde dohromady, to je tenis a stres. Někdy nejsem v úplně pohodě a to bych během hry raketu s chutí vystřelil na Měsíc.

Jinak mám dost různorodé zájmy. Kdysi jsem se při volbě vysoké školy rozhodoval mezi medicínou a architekturou. Vyhrála medicína, obdiv k architektuře ve mně však



Hvězdná kapela zkouší. Vlevo kardiolog MUDr. Bedřich Wasserburger, vpravo plastický chirurg MUDr. Otakar Lucák. | Foto: archiv MUDr. Lucáka



## KONÍČEK LÉKAŘE / SPOLEČNOST

zůstal. Při pohledu na různé stavby mne stále napadají úvahy, co je uděláno dobře a co by se dalo vylepšit. Architektura mě zajímá i z praktické stránky. Měl jsem dost přesnou představu o domu, ve kterém chci bydlet. S manželkou jsme si jej navrhli úplně sami, vytvořili jsme přesné zadání. Architekt přenesl do projektu to, co jsme si už dopředu nakreslili na papír. Vytvořili jsme dům v anglickém zahradním stylu. S odstupem šesti let už víme, že se povedl, žije se nám v něm dobře.

**Stál jste i u prvních sportovních krůčků (nebo spíš přemetů) jednoho našeho zlatého olympionika. Jak to tehdy bylo?**

Lyže jsou opravdu mojí největší sportovní srdeční záležitostí. Jízda v brankách nebo jen tak nahoru dolů nás kdysi na škole s kamarády moc neuspokojovala, a tak jsme hledali nové lyžařské možnosti. Ty jsme našli v akrobatickém lyžování, které jsme začali zkoušet, pak cíleně trénovat, pořádat první závody, zakládat oddíly, až se nám podařilo registrovat akrobatické lyžování jako oficiální sport. V době, kdy jsem již skákal na tréninkovém můstku do vody dvojné sal-

to s vrutem, se u nás objevil malý klučík od Šumperka. Jmenoval se Aleš Valenta a hned nás zaujal svými skoky na trampolíně. Šlo mu to báječně, neměl strach a pod vedením naší skupiny, která už cosi uměla, se rychle zlepšoval. Na náš vkus až moc rychle. Za chvíli mu nikdo z nás nestačil. Zlatá olympijská medaile je tedy nejen oceněním za jeho skok s oblibou zvaný „Mrzavý dech“ (trojnásobné salto s pětinásobným vrutem), ale také odměnou pro nás ostatní, kteří tuto disciplínu kdysi objevili a umožnili tak Alešovi dosáhnout takového úspěchu, včetně skvělé reprezentace naší republiky.

**Za studií jste si šil košile, kalhoty, bundu, dokonce i saka. Byla to jen nutnost daná tehdejší nouzí v obchodech, nebo i teď rozvíjíte svůj krejčovský fortel?**

Moje domácí šití teď stagnuje. Je více starostí, méně času a hlavně se v obchodech objevilo zboží a oblečení, o kterém se nám dříve ani nesnilo. Myslím si, že se už doma šije málo. Někde můžete koupit oblečení doslova za pár korun, nákup nití a látek vás dnes vyjde draž, o stráveném času nemluvě. Je moderní spíš chodit „shopo-



Foto: archiv MUDr. Lucáka

vat“ než se doma hrbít nad šicím strojem. Nicméně mám rozěšitou zimní bundu a vestu, takže úplně jsem svoji krejčovinu nezaballil.

**Tento koníček je ze všech vašich zálib asi nejbližší vaší profesi...**

Technika krejčovského šití sice s chirurgickým šitím nemá nic společného, ale u velkých operací by se stroj docela hodil. Co však společného mají, konkrétně s plastickou chirurgií, je, že musíte mít prostorovou představivost.

S nadsázkou říkávám pacientům, že i v plastické chirurgii se na kůži dělají různé záševky. A teď úplně bez nadsázky: Ze všeho nejvíce mě ještě pořád baví ta plastická chirurgie.

Jana Jilková

## Škodovka bourá bariéry handicapovaných

**Vítězem speciální kategorie „Zaměstnavatel bez bariér“ soutěže Sodexo „Zaměstnavatel roku 2011“ se stala společnost Škoda Auto a. s. Odborným garantem této kategorie, určené firmám zaměstnávajícím handicapované, je Konto Bariéry.**

Ocenění „Zaměstnavatel bez bariér“ vyzdvihuje firmy, které zaměstnávají handicapované ne proto, aby samy splnily tabulkové požadavky a následně čerpaly zákonné příspěvky, ale na základě schopností těchto lidí. Konto Bariéry se iniciativou vzniku kategorie snažilo upozornit na problematiku zaměstnávání osob se zdravotním handicapem. „Školili jsme a rekvilifikovali lidi v našich počítačových učebnách po celé republice, ale ani pak nenacházeli pracovní uplatnění,“ říká ředitelka Konta Bariéry Božena Jirků. Ocenění „Zaměstnavatel bez bariér“ bylo letos vyhlášeno již po šesté. Při hodnocení přihlášek do této kategorie jsou sledovány parametry jako pracovní pozice handicapovaných, možnost

úpravy pracovní doby s ohledem na zdravotní stav, podpora profesionálního růstu, zájem o volnočasové aktivity či odstraňování architektonických bariér na pracovišti.

**Žádné rozdíly v nárocích**

„Konto Bariéry preferuje plnohodnotné pracovní zařazení lidí se zdravotním handicapem. Oceněné firmy jsou toho dobrým příkladem. Zaměstnanec se zdravotním postižením zde najdete ve všech pracovních pozicích. Firmy se zajímají o problémy těchto lidí, snaží se přizpůsobit pracovní podmínky i jejich specifickým potřebám, přitom – co se týče nároků na odvedenou práci – k nim přistupují stejně jako k jejich zdravým kolegům,“ vysvětluje Božena Jirků. První místo a titul „Zaměstnavatel bez bariér roku 2011“ získala akciová společnost Škoda Auto, druhé místo obsadila firma Medico, s. r. o., a na třetí příčce je Česká televize. Výsledky byly slavnostně vyhlášeny v Praze 14. června 2011 v hotelu Marriott.

## Dar handicapované sportovkyně

Peněžitý dar firmy .A.S.A., spol. s r. o., pomohl vozíčkářce Janě získat vytoužený a pro aktivní život postižených tolik potřebný mechanický vozík.

Devatenáctiletá studentka Jana Dluhošová, která je postižena dětskou mozkovou obrnou, požádala občanské sdružení Země lidí o pomoc při shánění finančních prostředků na nový mechanický vozík. Díky sdružení a společnosti .A.S.A., která invalidní vozík v hodnotě 60 tisíc korun uhradila, se nyní Jana může těšit z nové pomůcky, nezbytné pro její sportovní aktivity. Jana sice používá elektrický vozík, který poskytla pojišťovna, nemá už ovšem nárok na vozík mechanický. Ten potřebuje mimo jiné pro svou sportovní vášeň zvanou boccia (míčková hra pro tělesně postižené). Jana pilně trénuje a úspěchy sklízí i v turnajích. Organizace Země lidí je zaměřena na podporu volnočasových aktivit tělesně a mentálně postižených a mimo jiné pomáhá i s nákupem kompenzačních pomůcek. Společnost .A.S.A. zabývající se nakládáním s odpady a poskytováním komunálních služeb, která invalidní vozík uhradila, jej Janě předala 6. června 2011.



(red) Jana Dluhošová již trénuje na novém vozíku. Foto: archiv Země lidí, o. s.



# Antibiotika

## – ohrožený poklad lidstva

Mottem stejnojmenní výstavy v nové budově Národního muzea je poučení, že existuje řada infekčních chorob, jež jsme schopni pomocí antibiotik léčit, ale jejich neuváženým používáním o tuto schopnost připravíme ne-li sebe, pak určitě příští generace.

Expozice srozumitelnou a názornou cestou poskytuje informace o složitém tématu, jakým ztráta účinnosti antibiotik dozajista je. V českých nemocnicích v posledních letech rychle narůstá výskyt bakterií odolných vůči většině dostupných antibiotik. Situace v České republice je jednou z nejhorších v Evropě a jejím důsledkem je nárůst počtu „potichu umírajících pacientů“ na infekce způsobené ATB-rezistentními původci. I na tato fakta upozor-

ňuje výstava určená „poučeným“ laikům, ale s alarmující výpovědí i pro odbornou veřejnost.

### Unikátní exponáty

Na celkem 15 panelech jsou shrnuty informace o nejzávažnějších infekcích v historii, představen rozmanitý svět původců bakteriálních infekcí a jejich léčení v době před antibiotiky, počátek i rozvoj éry antibiotik, objev a rozmach výroby penicilinu i nový fenomén změny vlastností původců

infekcí v souvislosti s antibiotickou rezistencí. Pozornost zvládnutého návštěvníka rozhodně upoutají exponáty zapůjčené Národní lékařskou knihovnou – Zdravotnickým muzeem, například kauter k vypalování ran z 18. století, lidské lebky s nálezy způsobenými syfilidou nebo vřetení a hollenní kosti postižené chronickým zánětem.

Hlavním organizátorem výstavy je česká kancelář Světové zdravotnické organizace (WHO) ve



Syfilitické nálezy na lebkách z 19. stol. | Foto: Leoš Chodura

spolupráci s Národním muzeem a Národní lékařskou knihovnou – Zdravotnickým muzeem. Spolupracujícími odbornými partnery jsou Česká lékařská společnost JEP a její subkomise pro antibiotickou politiku.

Výstava je otevřena do 31. října 2011 a doplní ji řada doprovodných akcí. Kromě jednodenních národ-

ních a mezinárodních konferencí bude probíhat cyklus seminářů pro zdravotnické školy, lékařské fakulty i veřejnost. Cílem všech těchto akcí bude upozornit na hrozby plynoucí právě z neracionálního užívání antibiotik.

Více informací:

[www.who.cz/atbvystava](http://www.who.cz/atbvystava)

[www.nm.cz](http://www.nm.cz)

Jana Jilková



Momentka ze křtu: S knížkou uchráněnou před politím Tomáš Fait. Zachránili ji rozveselení Lenka Šulová a Petr Weiss. | Foto: Leoš Chodura

## Pomoc sexuální výchově ve školách

Vykládat dětem o sexu, zejména těm v pubertě, bývá pro kantora docela tvrdý oříšek. Rozlousknout jej pomůže nová učebnice od specialistky na sexuální výchovu, sexuologa a gynekologa.

Sexuální výchova se v České republice opírá o funkci veřejného školství. Školy využívají vlastních vyučujících nebo externích spolupracovníků. Informace podávané studentům externími organizacemi jsou však někdy

ovlivněny ne zcela průhlednými ideologickými či farmakoekonomickými zájmy. Školy samy proto pokládají za vhodnější, aby se výuce sexuální výchovy věnovali pedagogičtí pracovníci.

Na pomoc učitelům vydává nakladatelství Maxdorf publikaci „Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví“. Jedná se o kompendium informací potřebných pro sexuální výchovu. Kniha vznikla pod vedením specialistky na sexuální výchovu doc. PhDr. Lenky Šulové, CSc., která je v této oblasti konzultantkou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Spolu s ní se na knížce podíleli a slavnostním křtem v pražské kavárně Louvre ji poslali do světa sexuolog prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., a gynekolog MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.

## Červnové křtiny Grady

V Akademickém klubu 1. LF UK proběhl slavnostní křest dvou novinek medicínské redakce nakladatelství Grada Publishing. Obě jsou určeny především chirurgům.

„Chirurgická propedeutika“ autorů prof. MUDr. Miroslava Zemana, DrSc., a prof. MUDr. Zdeňka Kršky, CSc., je zcela přepracované a doplněné vydání známé publikace osvědčených autorů. Přináší to, co bývá v učebnicích shrnuto pod pojmem obecná chirurgie. Druhá publikace, „Techniky a technologie v chirurgických oborech“, je úplnou novinkou. V mnohém doplňuje či navazuje na „Chirurgickou propedeutiku“. Podíleli se na ní autoři z významných chirurgických pracovišť pod vedením přednosty 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze profesora Zdeňka Kršky.



Profesoři Miroslav Zeman a Zdeněk Krška připíjejí své knize. | Foto: Leoš Chodura

## Pozvánka na kongres

XVIII. kongres České internistické společnosti ČLS JEP, připravený ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi, se koná ve dnech 25.–28. září 2011 v TOP Hotelu Praha, Blažimská 1781/4, Praha 4.

Prezidentem kongresu je prof. MUDr. Richard Češka, CSc., předsedou organizačního výboru prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc. Součástí kongresu je také sesterská sekce, která proběhne 27. září.

### Tématické okruhy:

interna, kardiologie (neinvazivní i invazivní), angiologie, ateroskleróza, hypertenze, diabetologie, endokrinologie, gastroenterologie, geriatric a gerontologie, hematologie, hepatologie, klinická farmakologie, nefrologie, obezitologie, pneumologie, revmatologie, výživa a metabolismus, transplantace, aktuální ve far-

makoterapii, aktuální problémy ve vnitřním lékařství a další.

Vzdělávací akce je ohodnocena body dle stavovského předpisu ČLK č. 16, v rámci systému celoživotního vzdělávání lékařů. Sestry obdrží certifikát s daným počtem kreditů podle § 3 vyhlášky MZ ČR č. 423/2004 Sb.

Příhlášky můžete zaslat e-mailem: [registrace@gsymposion.cz](mailto:registrace@gsymposion.cz), faxem: 222 516 013, poštou: Galén-Symposion, s. r. o., Břežanská 10, 100 00 Praha 10. Potvrzení o přijetí přihlášky obdržíte pouze prostřednictvím e-mailem. Kontakt – tel.: 222 518 535.

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

(red)



# 53. Purkyňův den

Tradičně na zámku v Libochovicích uspořádaly předsednictvo České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Spolek lékařů v Ústí nad Labem ČLS JEP Purkyňův den, v jehož rámci byla předána Purkyňova cena. Letos ji z rukou předsedy ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslava Blahoše, DrSc. převzal internista, onkolog a hematolog prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

Profesor Blahoš ve svém úvodním vystoupení připomněl, že na Libochovickém zámku pobýval i Jan Evangelista Purkyně. Jeho nejoblíbenější četbou byla kniha Jana Amose Komenského „Orbis Pictus“, z níž čerpal vědomosti pro své vlastní bádání a vytváření světónázoru.

Poté předal nejvyšší ocenění, jež ČLS JEP uděluje, profesoru Pavlu Klenerovi, který je členem ČLS JEP od roku 1962. Pohovořil o oceněném jako o „důstojném pokračovateli velkého učitele Purkyně“. Nazval jej „pětihvězdičkovým generálem medicíny“ a odůvodnil toto pojmenování jednotlivými složkami jeho medicínské osobnosti s tím, že každá z těchto hvězd jej přibližuje Janu Evangelistovi. Zmínil jeho politické zásluhy a zdůraznil jeho významnou publikační činnost. Kytici určenou oslavenci dostala paní Klenerová s komentářem, že za 40 let po boku profesora Klenera si ji jistě také zaslouží.

## Quod bonum...

Člen výboru České hematologické společnosti ČLS JEP, ředitel Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚKHT) a přednosta 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN

v Praze prof. MUDr. Marek Trněný, CSc., ve své laudaci vzpomněl na své první setkání s profesorem Klenerem v roce 1988, kdy jako začínající lékař pracoval v ÚKHT. Připomněl, že oceněný se hematologii věnoval již v době studia a získal 1. cenu v celostátní studentské konferenci. Jako první se začal systematicky věnovat protinádorové chemoterapii. Vypočítal, že profesor Klener pracuje 50 let ve Všeobecné fakultní nemocnici, 18 let byl přednostou 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN, 5 let ředitelem Ústavu hematologie a krevní transfuze, zpracoval 19 monografií, 198 odborných sdělení a řadu učebních textů... Jeho zatím poslední publikace „Strategie v onkologii“ již není monografií, neboť spoluautorem je MUDr. Pavel Klener jr., což je důkazem, že jablko nepadá daleko od stromu. Svou gratulaci Marek Trněný ukončil tradičním přáním: *Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque eveniat!*

Úvodem svého odborného vystoupení „Pokroky v léčbě maligních lymfomů“ profesor Trněný připomněl, že hematooonkologická onemocnění patří k nejčastějším chorobám u nás. Ve svém sdělení jmenoval významné mezníky

v léčbě lymfomů, hovořil o léčbě monoklonálními protilátkami a zdůraznil, že za posledních 40 let došlo k zásadnímu posunu od chemoterapie k cílené léčbě. Zmínil též nárůst incidence se současným snížením mortality. Závěrem poděkoval oslavenci za laskavé provázení tímto obdobím a vyslovil přání, aby všichni jeho žáci byli jeho důstojnými pokračovateli.

## Zaklínadlem medicíny je věda, zaklínadlem doby peníze

Těmito slovy uvedl moderátor slavnostního setkání prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., ekonomicky zaměřené vystoupení primáře radioterapeutického a onkologického oddělení FN Plzeň doc. MUDr. Jindřicha Fínka, Ph.D., s názvem „Onkologie a ekonomika“.

Docent Fínek v úvodu připomněl, že se s profesorem Klenerem poprvé setkal v roce 1986 a že se stejně jako ostatní učil z jeho „hutných“ učebnic, v nichž se nepodtrhávalo, neboť všechny v nich uvedené informace jsou podstatné. Své odborné sdělení zahájil uvedením pohledu dnešní společnosti na medicínu, z něhož se také



Profesor Marek Trněný. | Foto: Leoš Chodura

odvívá podíl z hrubého domácího produktu (HDP) věnovaný resortu zdravotnictví. Uvedl, že v době českého předsednictví Evropské unii, tedy v roce 2006, šlo do zdravotnictví 6,8 % HDP, dnes je to 7,4 %, ovšem celkový HDP klesá. Situace nejen ve financování onkologické léčby tak stále není uspokojivá. Zmínil rovněž, že platba státu za státní pojištění je dramaticky nízká. Profesor Palička k tomu podotkl, že když na nedávném mezinárodním setkání uvedl, že tato platba činí 44 eur, přítomní usoudili, že se spletl. K tématu oslavence se Vladimír Palička vrátil zamýšlením, zda oceněný profesor Klener skutečně má, jak se říká, „všech pět pé“. Přišel přý na to, že jich ve skutečnosti má mnohem více, a v duchu slovních hříček „pan profesor se narodil v Prešpurku a promoval přesně před padesáti lety v Praze“ či „pan profesor preferuje potřeby pacientů před potřebami politiky“ je k osvěžení přítomných všechna postupně vyjmenoval.

## Ve stopách Charvát a Herlese

Oceněný profesor Klener v závěru setkání prozradil, že oznámení o jeho kandidatuře na tuto významnou cenu jej potěšilo, ale také velmi překvapilo, když uvážil, že její nositeli jsou tak významné osobnosti české medicíny jako například profesori Josef Charvát a František Herles. S humorem připomenul dobu svého ministrování, kdy z titulu své funkce zrušil všechny ceny a zvýhodnění pro lékaře – kromě Purkyňovy ceny. Zmínil, že právě dokončil korekturu čtvrtého vydání „Interny“, a pokud mu síly bu-

dou stačit, pustí se do jubilejní, 20. monografie. Velmi ocenil, že současné vedení 1. interní kliniky pokračuje v zaměření na hematologii. Poděkoval všem přednášejícím a hostům a skromně podotkl, že tolik chvály již dlouho neslyšel, ale že se na jeho úspěších podíleli také kolegové a velký podíl na nich má i jeho rodinné zázemí. Závěrem libochovického setkání profesor Blahoš doplnil zmiňovanou „pě“ profesora Paličky o některá další, například že profesor Klener je „především přítel“, což také ihned doložil vzpomínkou na jejich vtipnou písemnou výměnu zkušeností s působením na hematologické klinice profesora Bernarda v Paříži. Společensko-vědecké setkání bylo protkáno vystoupením klavíristy Martina Levického.

Marek Mikšová

prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.  
\* 9. dubna 1937 v Bratislavě

Vystudoval Fakultu všeobecného lékařství UK v Praze (promoval v roce 1961), poté pracoval postupně jako sekundární lékař, odborný asistent a docent na II. interní klinice, v letech 1988–1990 jako přednosta onkologické kliniky, od roku 1990 do ledna 2008 byl přednostou 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN. Od roku 2002 řídil Ústav hematologie a krevní transfuze. 7. listopadu 2007 byl z funkce ředitele ÚKHT odvolán ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem pro údajné manažerské selhání. Od té doby působí jako profesor 1. LF UK v Praze a konzultant v ÚKHT.



Zleva profesori Blahoš, Palička a Klener s ředitelkou sekretariátu ČLS JEP Evou Ponocnou. | Foto: Leoš Chodura

# Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



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 0611 (varianta 1 nebo 2)**. 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 0611 (varianta 1 nebo 2)**



**Pošlete SMS na číslo 900 09 06**

ve tvaru **ZDN ABO 1 (2) jméno, příjmení, adresa, lekářská specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

**Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob.** Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz). Svoji objednávkou dává předplatitel společnosti Mladá fronta a. s. souhlas se zpracováním poskytnutých údajů k jejím marketingovým účelům a prohlašuje, že se seznámil s poučením o ochraně osobních údajů uveřejněným na [www.mf.cz](http://www.mf.cz). Poskytnutí údajů je dobrovolné. Upozorňujeme předplatitele na práva poskytovatele údajů vyplývající ze zákona č. 101/2000 Sb.



# VSTUP NA KONFERENCI + KNIHA NEJEN PRO CESTOVATELE

**konference**

**Sestra jako specialista v geriatrii**  
16. 9. 2011 Praha, Top Hotel  
Registrujte se na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

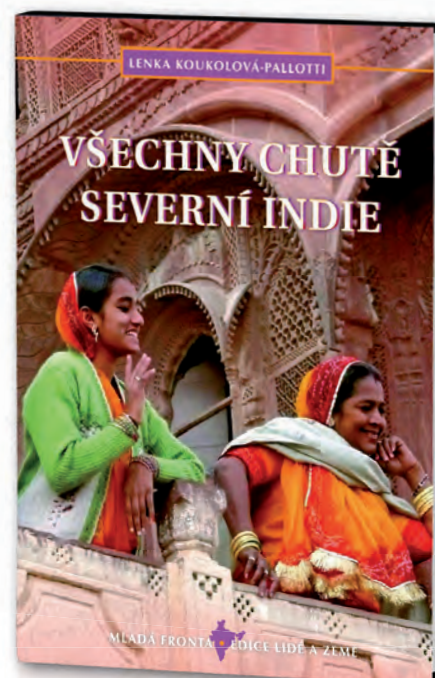
Přijďte se seznámit s novými poznatky v oboru.

**Odborný garant: Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.**  
Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb.  
Registrační poplatek: 400 Kč – platba předem, 500 Kč – platba na místě  
Kompletní informace o přihlášení na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

Více informací na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

## Varianta 1

**vstup na konferenci Sestra jako specialista v geriatrii + skvělá kniha Všechny chutě severní Indie**



## Varianta 2

**vstup na konferenci Nejen pro pediatry a dětské sestry + skvělá kniha Všechny chutě severní Indie**

**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.

**Sekce pro lékaře**  
Odborný garant: prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.  
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

**Sekce pro sestry**  
Odborný garant: MUDr. Petr Kašpar  
\* 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

Více informací na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 10. 7. 2011.**

# Pohřeb nedonošeného plodu

**Lze vydat rodičům nedonošený (potracený) plod, pokud si přeje důstojně jej pochovat?**



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

Problematiku nakládání s odebranými částmi těla pacienta obecně upravuje především zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Dílčím způsobem tuto oblast řeší rovněž transplantáční zákon a také zákon o lidských tkáních a buňkách.

Odpověď na dotaz lze nalézt konkrétně v zákoně o péči o zdraví lidu. Tento zákon předně stanovuje, že odnímání částí lid-

ského těla provádějí a organizují zdravotnická zařízení, a to pouze pro potřeby léčebně-preventivní péče a lékařské vědy, výzkumu a k výukovým účelům. Zákon zároveň předpokládá, že ošetřující lékař pacienta informoval o možnosti uchovat

části jeho těla a použít je pro lékařské účely a pacient s tím vyslovil prokazatelný písemný souhlas; součástí tohoto souhlasu je vymezení účelu použití části těla. Záznam o podání informace a prokazatelný souhlas pacienta pak zůstává součástí zdravot-

nické dokumentace nemocného. Použití části těla přitom nesmí být zdrojem finančního prospěchu nebo jiných výhod pro zdravotnické zařízení, pacienta ani třetí osobu.

## Předpis velí spálit

Stejná pravidla platí pro zacházení s nedonošeným plodem, přičemž zákon pracuje s pojmem „plod po potratu“. Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z matčina těla buď neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g (pokud ji nelze zjistit, pak jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů), nebo projevuje

alespoň jednu ze známek života, má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu.

Zákon dále výslovně stanovuje, že části lidského těla odebírané v souvislosti s léčebně-preventivní péčí, včetně plodu po potratu, které se nepoužijí pro lékařské účely (a současně za podmínky, že zde není podezření na trestný čin nebo sebevraždu), se zpopelňují ve spalovně zdravotnického zařízení nebo v krematoriu na základě dohody mezi zdravotnickým zařízením a provozovatelem krematoria. Záznam o zpopelnění části lidského těla se pak zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, v případě plo-

du do zdravotnické dokumentace matky.

## Zákon vs. lidskost

Výše uvedená pravidla platí, ať jde o vytržený zub, konkrétně ty či nedonošený plod.

Pokud si tedy od lékaře vyžádáte „na památku“ čerstvě vytržený zub moudrosti nebo odstraněný konkrétní zub, záleží na vstřícnosti lékaře, zda tyto „suvénýry“ vydá, nebo je vydat odmítne a bude postupovat striktně podle zákona. Rovněž v případě žádosti rodičů o vydání nedonošeného plodu za účelem důstojného pochování by měl lékař postupovat v souladu se zákonem o péči o zdraví lidu. Věřím však, že při vstřícném a ohleduplném přístupu lékaře se podaří najít řešení, které rodičům umožní pochovat nedonošený plod a důstojně se tak vyrovnat se složitou životní situací.

# Odpovědnost za krádež kožichu z čekárny

**Poradíte, jak se můžeme bránit nárokům pacientky, která si v čekárně naší ambulance odložila na věšák drahý kožich (podle jejího tvrzení asi za 50 tisíc korun), který jí během ošetření někdo ukradl. Pacientka teď vyhrožuje, že nás bude žalovat. Jsme skutečně odpovědní za věci pacientů odložené v čekárně?**

Občanský zákoník v § 433 odst. 2 stanoví, že pokud je s provozováním nějaké činnosti zpravidla

spojeno odkládání věcí, odpovídá ten, kdo ji provozuje, fyzické osobě za škodu na věcech odložených na místě k tomu určenému nebo na místě, kam se obvykle odkládají. Pokud zdravotnické zařízení umístí do čekárny před ambulanci věšák, někdo si na něj umístí své svrčky a ty mu „zmizí“, pak zdravotnické zařízení odpovídá za takto vzniklou škodu.



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

## Tři podmínky

Tato úvodní zásada má však několik „ale“. Prvním je, že podle § 436 občanského zákoníku právo poškozeného na náhradu škody zanikne, pokud nebylo uplatněno nejpozději patnáctý den po dni, kdy se poškozený o škodě dozvěděl. V případě soudního sporu je poškozený toto povinen prokázat.

Druhým „ale“ je, že za ztrátu cenností, mezi které se řadí i drahý kožich, se podle § 434 odst. 1 občanského zákoníku odpovídá jen do výše stanovené prováděcím právním předpisem. Tím je nařízení vlády č. 258/1995 Sb. Podle § 1 tohoto právního předpisu je onou částkou, do jejíž výše se odpovídá, pět tisíc korun českých. Výjimkou, která by znamenala, že se odpovídá neomezeně, by byl případ, kdy škodu způsobil někdo, kdo v provozu, kde škoda vznikla, pracuje.

Třetím „ale“ je nepochybně fakt, že v případě soudního sporu musí žalobkyně prokázat, že s sebou skutečně onen drahý kožich měla a jaká je jeho hodnota. Podle § 442 občanského zákoníku se totiž hradí skutečná škoda a při stanovení její výše se podle § 443 téhož zákona vychází z ceny věci v době jejího poškození, respektive její ztráty.

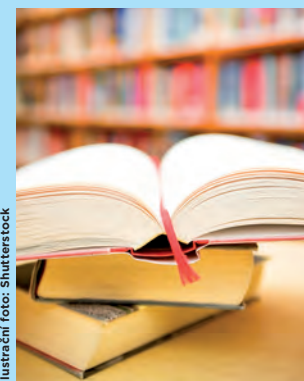
# Specializační vzdělávání a úhrada nákladů

Na přání zaměstnavatele si mám zvýšit kvalifikaci v takzvaném specializačním vzdělávání. Jak se na něm ale bude můj zaměstnavatel podílet finančně, tj. na jaké úhrady v rámci specializačního vzdělávání mám nárok? Jaké další nároky z účasti na tomto typu vzdělávání pro mě plynou? Mám například nárok na studijní volno?

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

Záleží na tom, zda se skutečně jedná o zvýšení kvalifikace. Podle § 5 odst. 10 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, se totiž účast na specializačním vzdělávání považuje za prohlubování kvalifikace. Obdobné ustanovení pak najdeme i v § 54 odst. 5 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Vyjdou-li tedy z informace tazatele, že se jedná o specializační vzdělávání, pak vzhledem k právě zmíněným ustanovením je třeba konsta-



ilustrační foto: Shutterstock

tovat, že se nejedná o zvyšování, ale prohlubování kvalifikace.

## Prohlubování není totéž co zvyšování

Podle § 230 odst. 4 zákoníku práce hradí náklady vynaložené na prohlubování kvalifikace zaměstnavatel. Jedinou výjimkou by bylo, pokud by se zaměstnavatel a zaměstnanec domluvili, že se jedná o prohlubování kvalifikace ve finančně náročnější formě. Pak by součástí takové dohody bylo i to, jak se bude na nákladech tohoto prohlubování kvalifikace zaměstnanec podílet. Na studijní volno však zaměstnanec nárok nemá. S takovou výhodou zákoník práce počítá výlučně v souvislosti se zvyšováním kvalifikace. Účast na školení nebo jiných formách přípravy anebo studiu za účelem prohlubování kvalifikace se považuje za výkon práce, za který zaměstnanci přísluší mzda nebo plat.



ilustrační foto: Shutterstock



# Převod ambulance z OSVČ na s. r. o.

**Chystám se odkoupit ambulanci, kterou dosavadní majitel-lékař provozuje jako osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ). Jaké jsou výhody a nevýhody převodu ambulance na společnost s ručním omezením (s. r. o.) oproti registraci zase jako OSVČ, když výběrové řízení se musí konat každopádně?**



odpovídá  
Pavel Vítěk,  
daňová a účetní  
kancelář DATES

• Snadná budoucí převoditelnost – v případě, že by tazatel chtěl svou činnost někomu převést, je mnohem snadnější prodat obchodní podíl existující společnosti než převádět činnost jako takovou z fyzické osoby, kdy se mění subjekt provozovatele činnosti. Výhodou je i to, že v případě úplatného převodu jsou příjmy z takového převodu po pěti letech vlastnění obchodního podílu osvobozeny od daně.

• Snadná budoucí převoditelnost – v případě, že by tazatel chtěl svou činnost někomu převést, je mnohem snadnější prodat obchodní podíl existující společnosti než převádět činnost jako takovou z fyzické osoby, kdy se mění subjekt provozovatele činnosti. Výhodou je i to, že v případě úplatného převodu jsou příjmy z takového převodu po pěti letech vlastnění obchodního podílu osvobozeny od daně.

## Hlavní nevýhody

• Potřeba peněz na splacení základního kapitálu.  
• Vyšší administrativní zátěž právnické osoby – právnická osoba musí vést účetnictví, s majetkem (právnické osoby) nemůže nakládat libovolně pro osobní potřebu, mnoho úkonů musí provádět za přítomnosti notáře (zvláště má-li firma jen jednoho společníka), výsledky svého hospodaření pub-

likuje ve sbírce listin obchodního rejstříku apod. S tím se samozřejmě pojí i vyšší náklady na zajištění administrativních činností.

## Zvažte daňový aspekt

Dále je nutné zvážit i dopady na povinnost odvádět daně a platit zákonná pojištění. Obecně lze říci, že společnost dnes sice hradí vyšší sazbu daně z příjmu, avšak na rozdíl od fyzické osoby její zisk nepodléhá odvodům na sociální a zdravotní pojištění. Společník vykonávající pro společnost i práci (což je v případě lékaře nepochybné) může zisk společnosti čerpat pro svoji potřebu formou mzdy, kde zdanění i sociální a zdravotní pojištění je dnes vyšší než u podnikatele (vzhledem k tomu, že vyměřovacím základem pro sociální a zdravotní pojištění je hrubá mzda a vyměřovacím základem pro daň superhrubá mzda). U podnikatele je vyměřovacím základem jen polovina zisku, neboť se předpokládá, že jeho osobní příjem není tvořen celým ziskem.

## Podle výše zisku i osobní situace

Společník má k čerpání ještě další nástroj, kterým je rozdělení zisku společnosti po zdanění. Toto rozdělení zisku je sice zatíženo daní dvakrát, neboť zisk zdaní nejprve společnost 19 % a poté společník 15 %, ale příjmy z podílu na zisku nepodléhají odvodům na sociální a zdravotní pojištění.

Záměrně neuvádím odvodové roz-

díly jako pozitiva či negativa, neboť tento aspekt se mění v závislosti na výši zisku před zdaněním, který generuje samotná podnikatelská činnost. Obecně platí, že čím vyšší je tento zisk, tím výhodnější je forma právnické osoby. Konkrétní případ je vždy nutné propočítat. Liší se osobní situace fyzické osoby (výši daňových úlev), potřebou financování úvěrů, hypoték a podobně.



Ilustrační foto: Shutterstock

Na dotaz se pokusím odpovědět v bodech vyjadřujících výhody a nevýhody podnikání formou společnosti oproti podnikání fyzické osoby.

## Výhody podnikání formou společnosti

• Striktní oddělení majetku osobního od majetku obchodního. Společník v případě plného splacení vkladu na základní kapitál společnosti neručí celým svým majetkem, například v případě insolvence společnosti.

# Návrat do zaměstnání po rodičovské dovolené

**Po skončení rodičovské dovolené bych se chtěla vrátit do práce, ale jen na poloviční úvazek. Zaměstnavatel mi však naznačil, že to nebude možné – buď mám nastoupit na celý úvazek, nebo mě prý propustí pro nadbytečnost, protože místo mě mají někoho, kdo na celý úvazek dělá. Má zaměstnavatel právo na takový postup, nebo musí zohledňovat potřeby matek pečujících o předškolní děti? Kdybych se nechala vyhodit, budu mít nárok na odstupné?**

**Pokud bych svůj návrat do práce neiniciovala (nezajímala se, jestli mě vezmou zpátky a za jakých podmínek), co by se stalo? Musel by mě zaměstnavatel sám oslovit s dotazem, zda se plánují vrátit do práce, nebo by můj pracovní poměr po skončení rodičovské dovolené a uplynutí určité**

**„lhůty pro návrat“ automaticky zanikl a s ním i veškeré vzájemné pohledávky mezi mnou a zaměstnavatelem?**

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

Zákoník práce výslovně konstatuje, že k prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnankyni i zaměstnanci na jejich žádost rodičovskou dovolenou. Pro posílení jejich pozice při návratu z rodičovské dovolené pak zákoník dále říká, že nastoupí-li zaměstnanec nebo zaměstnankyně po skončení rodičovské dovolené, zařadí je zaměstnavatel na jejich původní práci a pracoviště.

Zákoník práce konečně stanovuje, že není-li možné zařazení na

původní práci a pracoviště, protože původní práce odpadla nebo pracoviště bylo zrušeno, zaměstnavatel zařadí zaměstnance podle pracovní smlouvy. Tímto se může rozumět třeba zařazení na jiný druh práce, pokud byl druh práce dostatečně široce vymezen v pracovní smlouvě, nebo zařazení na jiné místo výkonu práce, jestliže místo výkonu práce bylo v pracovní smlouvě pojato dostatečně široce.

## Úvazek věcí dohody

Z dotazu vyplývá, že zaměstnavatel má možnost zařadit tazatelku po návratu z rodičovské dovolené jak na původní práci, tak na původní pracoviště. Jedinou změnou, kterou tazatelka požaduje po nástupu do zaměstnání z rodičovské dovolené, je rozsah pracovního úvazku. Sjednání rozsahu pracovního úvazku je přitom

věcí dohody se zaměstnavatelem, nikoli záležitostí jednostranného rozhodnutí zaměstnance či zaměstnavatele. Pokud tedy zaměstnavatel bude trvat na zachování dosavadního plného pracovního úvazku, tazatelka nemůže rozsah úvazku jednostranně změnit. Požadavek zaměstnavatele na vykonávání práce na plný úvazek je tak v souladu se zákoníkem práce.

Zákoník práce zohledňuje potřeby matek pečujících o děti předškolního věku, nikoli však tím způsobem, že by matkám dával možnost jednostranně určit rozsah pracovního poměru. Na rozdíl od zemí, jako je například Francie, u nás zaměstnavatel není motivován k zaměstnávání matek dětí předškolního věku na zkrácený úvazek.

## Pozvánku nečekejte

V případě, že by se tazatelka nechala, jak uvádí, „vyhodit“, domnívám se, že by jí odstupné ne náleželo. A to proto, že nárok na něj vzniká pouze v případech stanovených zákoníkem práce (rušení nebo přemístění zaměstnava-

tele, nadbytečnost zaměstnance či jeho zdravotní nezpůsobilost). Žádný z těchto důvodů pro vznik nároku na odstupné však v tomto případě není dán. Jinými slovy: Skutečnost, že tazatelka nechce nastoupit po skončení rodičovské dovolené na plný úvazek, nemůže jít k tíži jejího zaměstnavatele. Pokud by svůj nástup do práce, jak píše, „neiniciovala“ a do práce nenastoupila, porušila by své pracovní povinnosti, neboť zaměstnavatel není povinen oslovovat zaměstnance ohledně nástupu do zaměstnání po skončení rodičovské dovolené.

Jak je z uvedeného zřejmé, zaměstnavatel se s tazatelkou může, ale nemusí dohodnout na zkrácení pracovního úvazku. V případě, že by zaměstnavatel se zkrácením nesouhlasil a tazatelka by nechtěla pracovat na plný úvazek, patrně by jí nezbylo než pracovní poměr u dosavadního zaměstnavatele ukončit (bez nároku na odstupné) a následně hledat jiné zaměstnání, které by mohla vzhledem k předškolnímu věku svého dítěte vykonávat na poloviční úvazek.



## SERVIS

# Zajímavé www stránky

## – urolitiáza

Pacienti s konkrementy v močových cestách (urolitiáza) tvoří významnou část urologické agendy. Pro správnou léčbu je nutno znát nejen klíčové klinické příznaky a diagnostické postupy, ale také patofyziologii onemocnění.

### Guidelines on Urolithiasis

[www.uroweb.org/fileadmin/user\\_upload/Guidelines/Urolithiasis.pdf](http://www.uroweb.org/fileadmin/user_upload/Guidelines/Urolithiasis.pdf)

Výše uvedený odkaz nás zavede na ucelený souhrn diagnosticko-terapeutické doporučení postupu zpracovaný v roce 2008 Evropskou urologickou asociací (EAU). Autoři v materiálu o více než 130 stranách informují komplexně o problematice urolitiázy. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny jak na teoretický background, tak na konkrétní klinicky využitelné praktické postupy: klasifikace onemocnění, užívané diagnostické postupy (s upozorněním na specifické postupy např. u pacientů s alergií na kontrastní látku či s renální insuficiencí), léčba akutní renální koliky, indikace k intervenčním výkonům, popis jednotlivých intervenčních postupů, léčba pacientů s ureterolitiázou, specifika diagnostiky a terapie u těhot-

ných žen a dětí a další zajímavé kapitoly.

### Uroweb.org

[www.uroweb.org](http://www.uroweb.org)

V návaznosti na předchozí odstavec upozorňují ještě na stránky uroweb.org jako takové. Jde o internetovou prezentaci Evropské urologické asociace, kde naleznete mnoho zajímavých informací jak urologové, tak širší medicínská veřejnost včetně zdravotních sester. Web obsahuje údaje o činnosti společnosti, pozvánky na vzdělávací konference či kongresy, nabízí rovněž internetové edukační kurzy on-line. K dispozici jsou samozřejmě i schválené *guidelines*, a to nejen pro diagnostiku a léčbu močových konkrementů; nabídka zahrnuje on-

kologická témata (karcinom ledviny, penisu, varlat), problematiku urologických infekcí či například inkontinence.

### New and Evolving Concepts in the Imaging and Management of Urolithiasis: Urologists' Perspective

<http://radiographics.rsna.org/content/30/3/603.full.pdf+html>  
RadioGraphics je magazín určený pro kontinuální vzdělávání v radiologii. V roce 2010 byl publikován článek autorů z Massachusettské všeobecné nemocnice, který přibližuje dosavadní vývoj radiodiagnostických metod ve vztahu k urolitiáze. Zejména se zabývají přínosem CT vyšetření u jednotlivých typů



konkrementů. Velmi podrobně zpracovaný text je doplněn řadou ilustrací a fotografií.

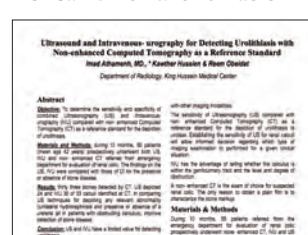
### Ultrasound and Intravenous- urography for Detecting Urolithiasis with Non-enhanced Computed Tomography as a Reference Standard

<http://journals.ju.edu.jo/JMJ/article/viewFile/1171/1162>

Abychom se nepohybovali pouze na amerických či německých stránkách, odkazuje nás tento link na článek zveřejněný na stránkách jordánského Jordan Medical Journal. Autoři představují studii, která srovnávala přínos kombinovaného ultrazvukového vyšetření s následnou intravenózní urografií v porovnání se spirálním CT vyšetřením u 55 pacientů během 10 měsíců. Autoři popisují limity a význam jednotlivých vyšetřovacích metod.

### Applied Radiology – Helical CT of urolithiasis: Leaving no stone unturned

[www.appliedradiology.com/Issues/1998/10/Articles/Helical-CT-of-urolithiasis--](http://www.appliedradiology.com/Issues/1998/10/Articles/Helical-CT-of-urolithiasis--)



### Leaving-no-stone-unturned. aspx

Na serveru appliedradiology.com lze vyhledat článek, který popisuje přínos CT vyšetření v diagnostice urolitiázy. Autoři uvádějí, že spirální CT vyšetření má oproti konvenčně využívané intravenózní urografii velké výhody v diagnostice pacientů s urolitiázou. HCT studie jsou rychlejší, mohou odhalit prakticky všechny typy močových kamenů a dokáží samozřejmě lépe detekovat další nitrobráší abnormality. Článek podrobně popisuje přínos, úskalí a další aplikace této techniky.

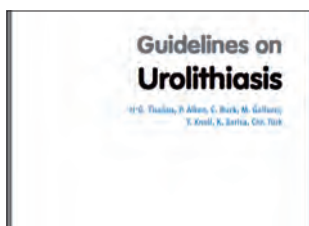


### Urolitiáza

[www.zdn.cz/clanek/sestra/urolitiáza-456633](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/urolitiáza-456633)

Na webu Zdravotnických novin lze vyhledat článek, který byl publikován v roce 2010 v časopisu Sestra na téma urolitiázy. Text přináší základní přehled dané problematiky pro širokou medicínskou i laickou veřejnost.

MUDr. Michal Pelíšek



## ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

[www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)  
Číslo 13/2011, ročník 60

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

**Redakce**  
Olga Pavlíková, DiS. (Z domova, on-line)  
tel. 225 276 374, e-mail: pavlikova@mf.cz  
Filip Kút, DiS. (on-line, Z domova)  
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz  
Petra Klusáková, DiS.  
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Téma, Zahraničí, Aktuality, on-line)  
tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz  
PaedDr. Jaroslava Sladká (Aktuality, kongresy)  
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz  
Mgr. Martin Cermák (Představujeme)  
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz  
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz  
PhDr. Jana Jilková  
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz

**Stálí spolupracovníci redakce**  
Leoš Chodura, Mgr. Martin Caban,  
Bc. Michaela Svobodová, Martin Ježek,  
prof. Ing. Jaroslav Petr, MUDr. Milan Novák

**Editor/korektor**  
Mgr. Martin Cermák

**Grafika a technické zpracování**  
BcA. Pavla Ortová  
tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mf.cz

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

**INZERCE**  
fax 225 276 444

**group sales manager**  
Ing. Lenka Mihulková  
225 276 427, 225 276 299  
e-mail: obchod.ms@mf.cz  
**personální inzerce**  
tel. 225 276 299  
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz  
**webová inzerce**  
Andrea Metelková  
tel. 725 773 027  
e-mail: metelkova@mf.cz



**generální ředitel**  
Ing. David Hurta

**kreativní ředitel**  
René Decastello

**VÝROBA**  
retuš Milan Kubička, Daniel Procházka,  
Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

**ředitel divize Medical Services**  
Ing. Petr Němec

**art director**  
Petr Honzátka

**MARKETING A DISTRIBUCE**  
**ředitelka marketingu novin a časopisů**  
Hana Holková

**brand manager** Ing. Hana Matejíčková  
**produční marketing** Ondřej Hlynek  
**vedoucí výroby a distribuce** Soňa Štárhová  
**manažerka předplatného** Zuzana Hrušková,  
tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mf.cz

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

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

### DISTRIBUCE

Předplatné pro Českou republiku využívá:  
Postservis, Podábrdská 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,  
Videňská 995/63, 639 63 Brno  
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:  
Mediaprint Kapa Pressegross, a. s.,  
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183  
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3  
tel. +421 244 458 821  
fax +421 244 458 819  
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Doporučená cena 28 Kč / 1 € / 30 Sk

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

Tisk Europrint, a. s.  
Číslo dáno do tisku 23. 6. 2011  
Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.  
Tiskový náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011  
Evidenční číslo MK ČR: E 15722  
ISSN 0044-1996



## PERSONÁLNÍ INZERCE

## Výběrová řízení

## Odborný asistent

**DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY V PLZNI** vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ **Odborný asistent v Anatomickém ústavu**

s nástupem od 1. září 2011.

Předpoklady: absolvent lékařské fakulty či přírodovědecké fakulty (obor antropologie)

Kontakt: Anatomický ústav LF UK v Plzni, Karlovarská 48, 301 00 Plzeň, tel.: 377 593 300, 377 593 301, e-mail: pavel.fiala@lfp.cuni.cz

K přihlášce je třeba přiložit doklady o VŠ vzdělání, odborné kvalifikaci a délce praxe v oboru a profesní životopis. Přihlášky do výběrového řízení přijímá 30 dnů od data zveřejnění inzerátů osobní oddělení děkanátu LF UK v Plzni, Husova 3, 306 05 Plzeň.

ZDN A111011289

## Laborantka

**VEDOUcí ŠIKLOVA PATOLOGICKÉHO ÚSTAVU LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK V PLZNI** vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ **Laborantka pro Šiklův ústav patologie**

Požadavky:
 

- ukončené středoškolské vzdělání na zdravotnické škole, obor zdravotní laborant,
- nástup k 1. 6. 2011,
- výhoda místa – pouze ranní směny (bez sobot a nedělí).

Kontakt a podrobnější informace o náplni práce: Hana Kasalová – vrchní laborantka Šiklova ústavu: tel.: 737 220 452, 377 402 933. Přihlášky do výběrového řízení přijímá 30 dnů od data zveřejnění inzerátů osobní oddělení děkanátu LF UK v Plzni, Husova 3, 306 05 Plzeň.

ZDN A111011283

## Primář/ Primářka

**PŘEDSEDA PŘEDSTAVENSTVA UHERSKOHRADIŠŤSKÉ NEMOCNICE, A. S.,** prodlužuje výběrové řízení na pracovní místa vedoucích zaměstnanců zdravotnických oddělení:

■ **Primář/ka chirurgického oddělení**

■ **Primář/ka interního oddělení**

Předpoklady pro výkon pracovního místa:
 

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru dle zák. č. 95/2004 Sb.,
- praxe v oboru min. 10 let,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost v souladu s podmínkami § 3 odst. 1 b), c) zák. č. 95/2004 Sb.,

- manažerské a organizační schopnosti,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu.

Přihláška uchazeče musí obsahovat:

- strukturovaný životopis včetně informace o dosavadní praxi,
- ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání a kvalifikaci, příp. rozhodnutí MZ ČR o uznání odborné a specializované způsobilosti dle zák. č. 95/2004 Sb.,
- originál výpisu z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- lékařské potvrzení o způsobilosti k výkonu povolání,
- podrobnou studii a výhledovou koncepci daného oboru, odpovídající typu UHN (spádová oblast cca 130 tisíc obyvatel), včetně návrhu optimalizace personálního obsazení oddělení odborným zdravotnickým personálem,
- souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely tohoto výběrového řízení ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Přihlášku zasílejte do 31. 8. 2011 na adresu: Uherskohradištská nemocnice, a. s., odbor řízení lidských zdrojů, JUDr. Dagmar Hanáková, J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště. Obálku označte „Výběrové řízení“ – „neotvírat“.

ZDN A111011292

## Volná místa

## Anesteziolog

**NZZ SWISS MED CLINIC, S. R. O., PROVOZUJÍCÍ ODD. DIP A JPL V PLANÉ,** hledá do svého týmu lékaře anesteziologa se specializovanou způsobilostí v daném oboru na HPP či DPČ. Odpovídající finanční ohodnocení, dynamický kolektiv, nástup možný ihned. Kontakt: tel.: 725 583 482, e-mail: dan.romportl@seznam.cz

ZDN A111011824

## Lékař

**NEMOCNICE NYMBURK, S. R. O.,** přijme lékaře na oddělení gynekologie

Požadujeme: vzdělání L1, L2 nebo L3, možno i lékař v předatestační přípravě. Nástup dle dohody.

Nabízíme: zázemí stabilní společnosti, příspěvek na penzijní připojištění, týden dovolené navíc, příspěvek na stravování, možnost rekreace na odborářské chatě, plat dle vzdělání a praxe.

Neváhejte nás kontaktovat. Tel.: 325 505 347, e-mail: marie.skupnikova@nemnbk.cz

ZDN A111011878

## Zástupce primáře

**NEMOCNICE NYMBURK, S. R. O.,** přijme zástupce primáře na oddělení gynekologie.

Požadujeme: specializaci II. stupně v oboru gynekologie porodnictví, 10 let praxe. Nástup dle dohody.

Nabízíme: zázemí stabilní společnosti, příspěvek na penzijní připojištění, týden dovolené navíc, příspěvek na stravování, možnost rekreace na odborářské chatě, smluvní plat.

Neváhejte nás kontaktovat. Tel.: 325 505 347, e-mail: marie.skupnikova@nemnbk.cz

ZDN A111011784

## Lékaři – Nizozemsko, Belgie

**PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ PRO LÉKAŘE – SPECIALISTY** v Nizozemsku a Belgii. Více na [www.optima-recruit.cz](http://www.optima-recruit.cz) Tel.: +420 739 571 561 – L. Klusová.

ZDN A111011769

## Lékař ORL

**SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.,** přijme lékaře na ORL oddělení – praxe vítána.

Nabízíme práci v profesionálním kolektivu akreditovaného zařízení a podporu dalšího vzdělávání v oboru. Bližší informace: prim. MUDr. Sychra, tel.: 461 569 345, e-mail: sychra@nemnsy.cz

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

ZDN A111011304

Inzerce A111011936

## Knižní novinky

z edice Aeskulap



## Makulární degenerace

**Trendy v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace** – Základní přehled  
Cílem publikace je poskytnout čtenářům dostatek aktuálních vědomostí o tomto onemocnění, v jehož diagnostice a léčbě v posledních letech došlo k významným pokrokům. Nechybí ekonomický úhel pohledu na léčbu VPMD. Na příkladech a kazuistikách autoři ukazují možnosti terapie, jejího efektu i úskalí a příčiny jejího selhání. Text je doplněn bohatou obrazovou dokumentací.

Autoři: Jan Ernest, Libor Hejsek, Pavel Němec, Leoš Rejmont  
doporučená cena 350 Kč

MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s., Med Veselá 2952/23 a 11, 110 00 Praha 1 - Vinohrady, tel: 222 39 135 www.medical-services.cz e-mail: info@medical-services.cz

\*sleva 15 % na kniha.cz

AESKULAP





Landeskliniken-Holding **FACHARZT/-ÄRZTIN**  
(OBERARZT/-ÄRZTIN)  
IM ZENTRALRÖNTGENINSTITUT

Das **Landeskrankenhaus Wiener Neustadt** versorgt mit derzeit 868 Betten die Bevölkerung der Region südliches Niederösterreich. Im Krankenhaus werden die Abteilungen I. Interne, II. Interne, Anästhesiologie, Notfall- und allgemeine Intensivmedizin, Augenheilkunde und Optometrie/Seherschule, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Radioonkologie und Strahlentherapie, Unfallchirurgie, Urologie sowie die Institute medizinisch-diagnostisches Laboratorium, Pathologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Zentralröntgendiagnostik, interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin betrieben.

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

Am **Zentralröntgeninstitut für Diagnostik, Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin** des Landeskrankenhauses Wiener Neustadt gelangt die Stelle eines/-r

**Facharzt/-ärztin (Oberarzt/-ärztin)**  
für 40 Wochenstunden zur Besetzung.

**Ihr Anforderungsprofil:**

- Abgeschlossenes Medizinstudium
- Facharztanerkennung Radiologie
- Fundiertes Fachwissen im Bereich der Radiologie
- Teambildung/Teamarbeit, Offenheit/Ehrlichkeit
- Verlässlichkeit/Engagement
- Flexibilität/Kooperationsverhalten
- Auffassungsvermögen/vernetztes Denken
- Selbstmotivation/Selbstmanagement
- Konfliktmanagement/Kritikfähigkeit
- Strukturiertes, präzises Arbeiten

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung in zweifacher Ausführung mit dem Betreff „LK Wiener Neustadt - Facharzt/-ärztin Zentralröntgeninstitut“ an das

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

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen Herr Prim. Univ.-Doz. Dr. Paul HAJEK unter der Tel.-Nr.: +43 (0)2622-321-2580 zur Verfügung.



Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

Inzerce A11101294

**Sekundární lékař**

**KLINIKA ANESTEZIOLOGIE A RESUSCITACE, KARDIOCENTRUM IKEM,** přijme sekundárního lékaře s minimální praxí 3 roky v oboru A+R.

Vítám zájem o kardiioanestezii a intenzivní péči, kardiokirurgické pacienty a echokardiografii.

Písemné přihlášky zasílejte na sekretariát KAR IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4 nebo e-mail: rora@ikem.cz

ZDN A11101376

**Sekundární lékař**

**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE** přijme sekundárního lékaře/ku se zaměřením na gastroenterologii.

Požadavky: plný úvazek, zájem o obor, nástup ihned.

Nabízíme: možnost odborného růstu, ubytování pro mimopražské.

Písemné nabídky s CV zasílejte: sekretariát Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, e-mail: interna@fnmotol.cz Info - tel.: 22443 4001.

ZDN A11101383

**Lékař - patolog**

**ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 - PODOLÍ** přijme lékaře patologa pro bioptické vyšetřování v oboru gynekologické, porodnické a neonatální patologie.

Požadujeme: vzdělání příslušného oboru, 2. atestaci

Nabízíme: práci na plný úvazek i částečný úvazek, výhodné platové podmínky, možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu, příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na dovolenou, závodní stravování a jiné zaměstnanecké výhody.

Kontakt: MUDr. Hejda, tel.: 296 511 862, 605 157 590, e-mail: patologie@upmd.cz

ZDN A11101712

**Lékař**

**ZAMĚŠTNÁM PRAKTICKÉHO LÉKAŘE NEBO INTERNISTU V OSTRAVĚ A OKOLÍ.** Mzda dohodou. Informace na tel. 602 647 044.

ZDN A11101367

**Lékař**

**INFEKČNÍ ODDĚLENÍ NEMOCNICE MĚLNÍK** přijme - lékaře ve specializační přípravě se základním kmenem nebo lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru.

Nabízíme: dobré pracovní podmínky na akreditovaném pracovišti dle platných vzdělávacích programů, odpovídající finanční ohodnocení, penzijní připojištění, možnost dalšího vzdělání. Nástup dle dohody.

Kontakt: MUDr. Markéta Dyrhonová, zástupkyně primáře infekčního oddělení, tel.: 315 639 255, 603 880 475, e-mail: marketa.dyrhonova@nemocnicemelnik.cz

ZDN A11101315

**Lékař**

**CHRUDIMSKÁ NEMOCNICE, A. S.,** přijme lékaře, i absolventa, pro interní oddělení.

Nabízíme další vzdělávání a přípravu k atestaci v oboru. Možnost ubytování na nemocniční ubytovně. Termín nástupu po dohodě.

Kontakt: prim. MUDr. Pavel Franc, tel.: 469 653 350, e-mail: franc@nemcr.cz

ZDN A11101275

**Psycholog, psychiatr, koterapeut**

- KLINIKA ESET PŘIJME:**
- **Klinického psychologa s atestací a psychoterapeutickým vzděláním pro práci v ambulanci a denním stacionáři pro dospělé - úvazek 1,0**
  - **Psychiatra na pozici vedoucího lékaře oddělení a stacionáře - úvazek 1,0**
  - **Koterapeuta večerních skupin, nutné psychoterapeutický výcvik (alespoň započatý) a klinická praxe - úvazek 0,3-0,4**

Strukturovaný CV zasílejte na adresu: Klinika ESET, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4, e-mail: klinikaeset@volny.cz, tel./fax: 242 485 855.

Inzerce A11101373

ZDN A111010642

**PERSONÁLNÍ INZERCE**

je přijímána na adrese:  
Zdravotnické noviny  
Mladá fronta a. s.  
Mezi Vodami 1952/9  
143 00 Praha 4 - Modřany

e-mail:  
personalni.inzerce@mf.cz

tel.: 225 276 299

**Hledáme lékařku s FBLR atestací pro česko-arabskou RHB kliniku v Kataru (hl. město Doha).**

**Klinika je obsazená výhradně českým personálem, zaměřená na dospělé a dětskou fyzioterapii.**

**Požadavky:** 5 let aktuální praxe a AJ na středně dobré úrovni.

**Nabízíme:**

- FAMILY CONTRACT
- ubytování pro celou rodinu zdarma ve vile, kde bydlí výhradně čeští zaměstnanci
- letenky 2x ročně tam a zpět (pro 2 dospělé a 2 děti do 16 let)
- školné formou příspěvku
- plat 6000 \$ čistého + odměny
- zdravotní pojištění a plná náhrada mzdy při nemoci
- dovolená 5 týdnů + 10 dní svátků

Své CV zasílejte na e-mail: jana.habelova@eurostaff.cz, tel. +420 605 130 576



## PERSONÁLNÍ INZERCE

## Sestry

## KLINIKA ESET PŘIJME:

■ Sestru pro práci v ambulanci a denním stacionáři organických poruch

■ Psychiatrickou sestru pro práci ve vlastním prostředí pacienta (terén)

Vítáme psychoterapeutický výcvik (alespoň započatý), u terénní sestry je nutné psychiatrické vzdělání (VŠ, VOŠ, obor psychiatrická sestra) a registrace.

Nabídky s profesním CV zasílejte na adresu: Klinika ESET, Renata Konopásková, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4, e-mail: klinikaeset@volny.cz tel./fax: 242 485 855

ZDN A11010633

Inzerce A11011770

## Praktický lékař – Kolín

VÝHODNÁ NABÍDKA PRO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ – PRÁCE V AMBULANTNÍM PROVOZU.

Možno na zkrácený i plný pracovní úvazek, pracoviště v centru Kolína, ubytování zajistíme. Nástup září 2011.

V případě zájmu prosím zašlete svůj životopis na e-mail zdn@mf.cz, budeme Vás kontaktovat.

ZDN A11011279

Inzerce A11011771

## Různé

## Ordinace

POLIKLINIKA V PRAZE 6 NABÍZÍ K PRONÁJMU ORDINACE lékařům nejlépe těchto odborností: PL, dětský lékař, neurologie, gynekologie, diabetologie, psychiatrie, endokrinologie, kardiologie. Kontakt: tel.: 220 518 080, e-mail: medical@comitia.cz

ZDN A11011778

## 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 A11011781

## Lékařský obvod

ODKOUPIM OBVOD PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V OSTRAVĚ A OKOLÍ. Informace na tel. 602 647 044.

ZDN A11011370

Inzerce A11011772

## Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38  
tel. 376 335 111, fax 376 312 496,  
e-mail: info@nemkt.cz

Ředitel Klatovské nemocnice, a. s., vyhlašuje výběrové řízení na pozici **vrchní sestra centrálních operačních sálů** do nové nemocnice.

## Požadujeme tyto kvalifikační předpoklady:

- Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších zákonů.
- Specializovanou způsobilost v oboru Instrumentování na operačním sále, Perioperační péče.
- Platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.
- Minimálně 5 let praxe v oboru.
- Výborné organizační, řídicí a komunikační dovednosti.
- Samostatnost, flexibilitu a spolehlivost při výkonu práce.
- Morální a občanskou bezúhonnost.
- Velmi dobrou znalost práce na PC.
- Zkušenosti s vedením kolektivu, vysokoškolské vzdělání a absolvování certifikovaného kurzu Metody sterilizace, vyššího stupně dezinfekce výhodou.

**Písemné žádosti se strukturovaným životopisem, kopii dokladů o vzdělání a dosavadní praxi, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců) zasílejte do 31. 8. 2011 v označené obálce Výběrové řízení na adresu:**

Mgr. Vladislava Veselá, Klatovská nemocnice, a. s., Náměstkyň pro OP, Plzeňská 569, 339 38 Klatovy 2

Inzerce A11011773

## Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38  
tel. 376 335 111, fax 376 312 496,  
e-mail: info@nemkt.cz

Ředitel Klatovské nemocnice, a. s., vyhlašuje výběrové řízení na pozici **staniční sestra centrální sterilizace** do nové nemocnice.

## Požadujeme tyto kvalifikační předpoklady:

- Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších zákonů.
- Specializovanou způsobilost v oboru Instrumentování na operačním sále, Perioperační péče.
- Platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.
- Minimálně 5 let praxe v oboru.
- Výborné organizační, řídicí a komunikační dovednosti.
- Samostatnost, flexibilitu a spolehlivost při výkonu práce.
- Morální a občanskou bezúhonnost.
- Velmi dobrou znalost práce na PC.
- Zkušenosti s vedením kolektivu, vysokoškolské vzdělání a absolvování certifikovaného kurzu Metody sterilizace, vyššího stupně dezinfekce výhodou.

**Písemné žádosti se strukturovaným životopisem, kopii dokladů o vzdělání a dosavadní praxi, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců) zasílejte do 31. 8. 2011 v označené obálce Výběrové řízení na adresu:**

Mgr. Vladislava Veselá, Klatovská nemocnice, a. s., Náměstkyň pro OP, Plzeňská 569, 339 38 Klatovy 2

## Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38  
tel. 376 335 111, fax 376 312 496,  
e-mail: info@nemkt.cz

Ředitel Klatovské nemocnice, a. s., vyhlašuje výběrové řízení na pozici **vedoucího lékaře multioborové JIP** do nové nemocnice.

## Požadujeme tyto kvalifikační předpoklady:

- VŠ vzdělání na LF
- specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a resuscitace nebo specializovanou způsobilost v oboru intenzivní medicína
- 10 let praxe v oboru
- morální bezúhonnost, samostatnost, flexibilitu a spolehlivost
- výborné organizační a řídicí schopnosti
- zdravotní způsobilost
- loajalitu k zaměstnavateli

**Písemné žádosti se strukturovaným životopisem, kopii dokladů o vzdělání a dosavadní praxi, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců) zasílejte do 31. 8. 2011 v označené obálce Výběrové řízení na adresu:**

MUDr. Roman Krátký, Klatovská nemocnice, a. s., Zástupce náměstka pro LP, Plzeňská 569, 339 38 Klatovy 2

K žádosti prosím přiložte svoji stručnou představu o systému řízení multioborové JIP o 13 lůžkách pro obory Chirurgie, Interná, Ortopedie a Gynekologie

Inzerce A11011774

## Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38  
tel. 376 335 111, fax 376 312 496,  
e-mail: info@nemkt.cz

Ředitel Klatovské nemocnice, a. s., vyhlašuje výběrové řízení na pozici **staniční porodní asistentka** porodnického oddělení do nové nemocnice.

## Požadujeme tyto kvalifikační předpoklady:

- Odbornou způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších zákonů.
- Specializovanou způsobilost v oboru porodní asistence.
- Platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.
- Minimálně 5 let praxe v oboru.
- Výborné organizační, řídicí a komunikační dovednosti.
- Samostatnost, flexibilitu a spolehlivost při výkonu práce.
- Morální a občanskou bezúhonnost.
- Velmi dobrou znalost práce na PC.
- Zkušenosti s vedením kolektivu a vysokoškolské vzdělání výhodou.

**Písemné žádosti se strukturovaným životopisem, kopii dokladů o vzdělání a dosavadní praxi, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců) zasílejte do 31. 8. 2011 v označené obálce Výběrové řízení na adresu:**

Mgr. Vladislava Veselá, Klatovská nemocnice, a. s., Náměstkyň pro OP, Plzeňská 569, 339 38 Klatovy 2

## Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38  
tel. 376 335 111, fax 376 312 496,  
e-mail: info@nemkt.cz

Ředitel Klatovské nemocnice, a. s., vyhlašuje výběrové řízení na pozici **vrchní sestra multioborové JIP** do nové nemocnice.

## Požadujeme tyto kvalifikační předpoklady:

- VŠ vzdělání na LF
- specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a resuscitace
- 10 let praxe v oboru
- morální bezúhonnost, samostatnost, flexibilitu a spolehlivost
- výborné organizační a řídicí schopnosti
- zdravotní způsobilost
- loajalitu k zaměstnavateli

**Písemné žádosti se strukturovaným životopisem, kopii dokladů o vzdělání a dosavadní praxi, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců) zasílejte do 31. 8. 2011 v označené obálce Výběrové řízení na adresu:**

MUDr. Roman Krátký, Klatovská nemocnice, a. s., Zástupce náměstka pro LP, Plzeňská 569, 339 38 Klatovy 2

K žádosti prosím přiložte svoji stručnou představu o systému řízení operačního traktu pro obory Chirurgie, Ortopedie, Gynekologie a porodnictví, ORL, Oční, Urologie

Inzerce A11011775

## Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38  
tel. 376 335 111, fax 376 312 496,  
e-mail: info@nemkt.cz

Ředitel Klatovské nemocnice, a. s., vyhlašuje výběrové řízení na pozici **vrchní sestra multioborové JIP** do nové nemocnice.

## Požadujeme tyto kvalifikační předpoklady:

- Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších zákonů.
- Specializovanou způsobilost v oboru ARIP, Intenzivní péče.
- Platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.
- Minimálně 5 let praxe v oboru intenzivní péče.
- Výborné organizační, řídicí a komunikační dovednosti.
- Samostatnost, flexibilitu a spolehlivost při výkonu práce.
- Morální a občanskou bezúhonnost.
- Velmi dobrou znalost práce na PC.
- Zkušenosti s vedením kolektivu a vysokoškolské vzdělání výhodou.

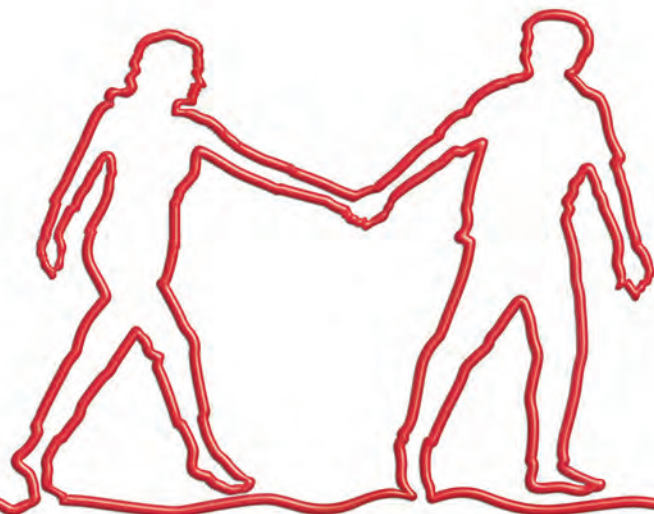
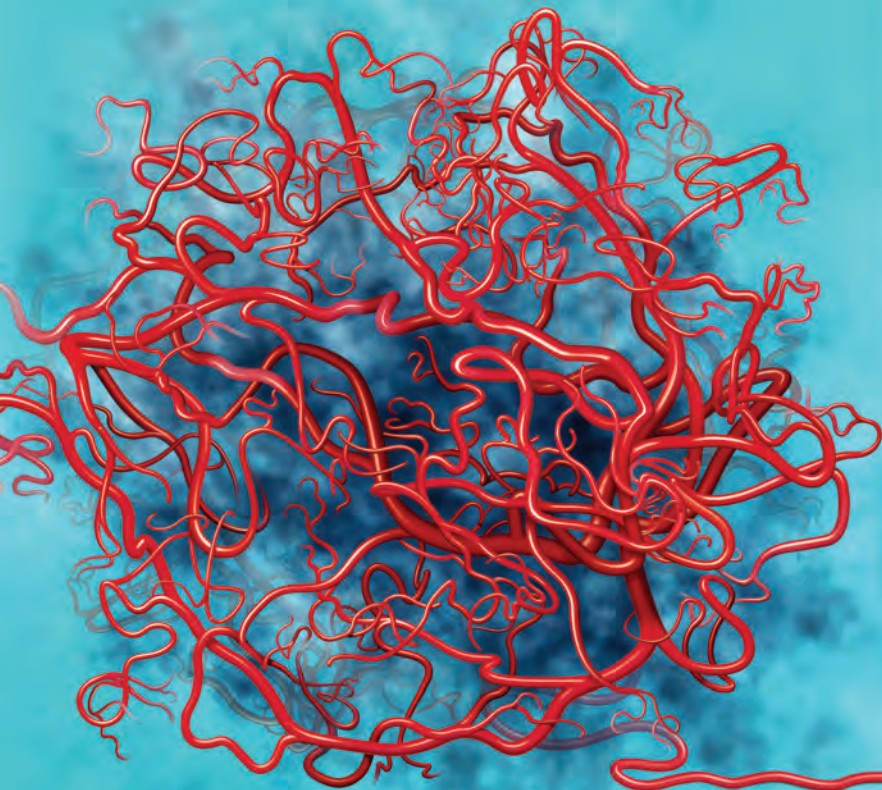
**Písemné žádosti se strukturovaným životopisem, kopii dokladů o vzdělání a dosavadní praxi, výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců) zasílejte do 31. 8. 2011 v označené obálce Výběrové řízení na adresu:**

Mgr. Vladislava Veselá, Klatovská nemocnice, a. s., Náměstkyň pro OP, Plzeňská 569, 339 38 Klatovy 2

Inzerce A11004136 ▶



## Kontrolou angiogeneze...



## ...k prodloužení přežití

Přesně zacílená inhibice VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) prokazatelně prodloužuje přežití nemocných u řady nádorových onemocnění.

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

**ZE SEZNAMU KONTRAINDIKACÍ PODÁNÍ AVASTINU BYLY VYŇATY NELÉČENÉ CNS METASTÁZY.**

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



### AVASTIN® 25 mg/ml koncentrát pro přípravu infuzního roztoku

#### - Základní informace o přípravku

**Účinná látka:** bevacizumabum. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Roche Registration Limited, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/04/300/001-002. **Schválené indikace pro použití:** Terapie metastazujícího karcinomu tlustého střeva nebo rekta v kombinaci s chemoterapeutickým režimem obsahujícím fluoropyrimidin. Avastin v kombinaci s paklitaxelem je indikován jako léčba první linie u nemocných s metastazujícím karcinomem prsu. Avastin 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 proteinurie), ve věku nad 65

let (zvýšené riziko vzniku arteriálních tromboembolických příhod), u pacientů s kongenitální hemoragickou diatézou, získanou koagulopatií nebo u pacientů léčených plnou dávkou antikoagulancií k léčbě tromboembolismu před zahájením léčby Avastinem. V případě vzniku tracheoesofageální píštěle nebo jakékoli píštěle 4 stupně trvale ukončit léčbu. Ukončení léčby zvážit v případě vnitřní píštěle mimo oblast GIT. V ojedinělých případech riziko vzniku reakce na infuzi/hypersenzitivní reakce. Nežádoucí účinky (některé z nich se 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 thromboembolismus, syndrom reverzibilní zadní leukoencefalopatie, proteinurie. Nejčastější nežádoucí účinky – astenie, průjem, dysfonie, nevolnost 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 snášena, 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:** 1x 100 mg bevacizumabu ve 4 ml; 1x 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 krabíčce, 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/>.