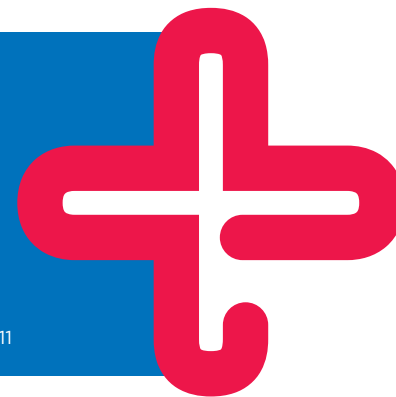


# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč  
PŘEDPLATNÉ 23 Kč  
14/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 11. 7. 2011



## REPORTÁŽ

**Spinální jednotka  
– návrat do života**

Specializovaná pracoviště se snaží minimalizovat následky úrazů páteře.

STRANA 12



## PŘEDSTAVUJEME

**prof. MUDr. Evžena Čecha, DrSc.,** gynekologa, porodníka a průkopníka ultrazvukové diagnostiky.

STRANA 28



## Z DOMOVA

Brněnské ICRC dostalo finanční zelenou FN u sv. Anny získala na tento projekt 2,5 mld. Kč z fondů EU.

STRANA 5

## Vláda Hegerovi posvětila další balík reforem

Vláda podle očekávání jednohlasně schválila i další balík reformující české zdravotnictví. Hegerův reformní triptych tvoří zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě. Normy naráží na kritiku opozice, odborů i komory.

V případě, že vládou schválené normy projdou parlamentem, se změní způsob poskytování i financování zdravotní péče. Podle předkladatelů by trojice nových zákonů měla přinést poskytovatelům a pacientům nová práva, ale i povinnosti. „Je to jakýsi kodexový soubor, který popisuje, jakým způsobem se mají zdravotnické služby poskytovat,“ shrnul trojici zákonů ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), podle kterého se jedná o klíčové normy navazující na sněmovnou schválenou

novelu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tzv. druhý pilíř zdravotních reforem. „Druhý pilíř zdravotního zákonodárství popisuje, jak a kdy se zdravotní služby hradí z veřejného zdravotního pojištění a kdy a za jakých podmínek se nehradí,“ připomněl Heger.

### Zákon o zdravotních službách

Jako hlavní zastřešující zákon z trojice nových norem je vnímán zákon o zdravotních službách,

který podle ministra definuje a popisuje strukturu zdravotní péče, stanoví pravidla pro nakládání se zdravotnickou dokumentací či řešení stížností na poskytování zdravotních služeb. Zákon však také zavádí obávané sankce za nedodržování pravidel týkajících se především porušování práv pacientů. Nově budou zdravotníkům a zdravotnickým zařízením, respektive poskytovatelům zdravotních služeb hrozit finanční postihy ve výši až 1 milionu korun.

(pokračování na straně 2)

## MZ vypisuje výběrové řízení na nového ředitele IKEM

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) vypsal výběrové řízení na ředitele Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). Současný ředitel IKEM Jan Malý, který je terčem kritiky za neprůhledné hospodaření, se do výběrového řízení přihlásí také.

„Důvodem vypsaní výběrového řízení je snaha personálně stabilizovat IKEM a získat pro něj novou legitimitu,“ vysvětlil tiskový mluvčí MZ Vlastimil Sršeň. Podle mi-

nisterstva je potřeba, aby jedno z největších specializovaných pracovišť v Česku, jakým IKEM – například počtem orgánových transplantací – dozajista je, neztratilo

nic ze svého roky budovaného renomé a nabralo dech pro další rozvoj. „Výjimečný status IKEM by neměl být ničím narušen.

(pokračování na straně 2)



**Dagmar Žitníková:  
Reforma povede  
ke vnímání zdraví  
jako zboží.**

# Vláda Hegerovi posvětila další balík reforem

(pokračování ze strany 1)

„Zákon určuje i sankce, nejvyšší je definována až do výše milionu korun, a to za poskytování zdravotních služeb bez oprávnění,“ specifikoval Heger největší bič na ty, kteří se nebudou držet nových pravidel.

Na tuto část zákona reagovali lékaři pravděpodobně nejemotivněji. V internetových diskusích nejčastěji kritizují neadekvátní výši jednotlivých sankcí, která může být především pro soukromé lékaře likvidační, a to za často poměrně banální chyby neohrožující život pacienta. Shodují se tak s názorem prezidenta České lékařské komory Milana Kubka, který také poukazuje na likvidační charakter těchto sankcí a považuje je za šikanu, jež povede jen k obrovskému nárůstu soudních sporů ve zdravotnictví.

## Služba místo péče

V souvislosti se zákonem o zdravotních službách zdravotnické odbory opět otevírají otázku ústavnosti. Podle předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Dagmar Žitníkové dochází k redukci ústavního termínu zdravotní péče. „Tyto zákony už nehovoří o pojmu poskytování zdravotní péče, ale o pojmu zdravotní služba. Ministerstvo se tímto způsobem snaží technicky upravit svoji protiústavnost,“ uvedla Žitníková.

Podle ní bude zdravotní péče pouze jednou z forem zdravotních služeb. „Služby jsou něco, co je zpoplatněné. Něco, co se poměřuje ekonomickou hodnotou. Něco, co je za něco,“ konstatovala šéfka



Foto: Leoš Chodura

zdravotnických odborů. Odbory jsou toho názoru, že všechny tři zákony směřují k větší komercializaci zdravotnictví a ke změně vnímání zdraví – hodnoty, jež se nedá vyjádřit penězi – jako zboží.

## Zákon o specifických zdravotních službách

Návrh upravuje řadu specifických oblastí zdravotních služeb, které podle ministra Hegera vyžadují speciální právní úpravu. Jedná se například o sterilizaci, kastraci, změnu pohlaví u transsexuálů či asistovanou reprodukci. Norma se zabývá například i ochrannou léčbou a lékařskou posudkovou činností, jejíž současná úprava je podle ministerstva taktéž nedostatečná. V případě této části zákona se očekávají spíše odborné než politické názorové rozpory.

## Zákon o zdravotnické záchranné službě

Návrh zákona o zdravotnické zá-

chranné službě má stanovit nové podmínky pro její poskytování. Upravuje také práva a povinnosti záchranářů a poskytovatelů akutní lůžkové péče. Dále řeší dostupnost záchranné služby. Dojezdová doba záchranky by neměla přesáhnout 20 minut a podle odhadu ministerstva by tomu tak v 95 procentech případů mělo skutečně být. Prodloužení intervalu se předpokládá například v horských oblastech, ve městech bývá průměrná doba dojezdu výrazně kratší. Pro optimalizaci dostupnosti se počítá se vznikem 40 nových stanovišť záchranné služby. Dále se mění způsob financování, které se dotýká především poskytování přednemocniční neodkladné péče výjezdovými skupinami. To má být hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Provozní náklady jednotlivých stanovišť budou hrazeny z rozpočtů krajů. Ani zákon o zdravotnické záchranné službě nevyvolává příliš vášni.

V souvislosti se záchrannou službou se dlouhodobě mluví o diskriminaci záchranářů coby jedné ze složek integrovaného záchranného systému. Záchranáři nemají oproti hasičům a policistům prakticky žádné sociální výhody. „Za odborový svaz jsme prosazovali, aby se zaměstnancům zdravotnické záchranné služby dostalo stejného uznání jejich práce, jako mají ostatní dvě složky integrovaného záchranného systému. Aby měli nárok na sociální zabezpečení například v případě nemoci, aby měli nárok na sociální plnění ze zvláštního sociálního programu,“ vysvětluje Dagmar Žitníková. Na odstranění této diskriminace se odbory údajně dohodly již s bývalým ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem (ODS), který prý tuto změnu dokonce zapracoval do svého návrhu novely. „Současný pan ministr to však odmítl s tím, že se domnívá, že není potřeba zvlášť ocenit práci právě těchto pracovníků,“ postěžovala si šéfka odborů.

## Heger zatím úspěšný

Poslaneckou sněmovnou již prošla takzvaná malá novela zdravotnictví. Tu má senát projednávat od 20. července na své desáté schůzi. Opozice, která má pohodlnou většinu v senátu, již avizovala, že reformu sněmovně vrátí. Převaha poslanců koaličních stran však s největší pravděpodobností nedopustí žádné překvapení a senátní veto snadno přehlasuje. S touto variantou opozice počítá a již se připravuje na možnost podání ústavní stížnosti. Trojice norem definujících poskytování zdravotních služeb, speci-

fických zdravotních služeb a fungování zdravotnické záchranné služby má být předložena poslanecké sněmovně na mimořádné schůzi 12. a 13. července. Po klíčovém zasedání vlády to oznámil premiér Petr Nečas (ODS).

Filip Kút Citores

## Aktuální personální změny

- Do funkce ředitele **Fakultní nemocnice Na Bulovce** byl 1. 7. uveden bývalý náměstek Městské nemocnice Ostrava Petr Zajíc. Ve funkci nahradil Kateřinu Třebnou.
- Novým ředitelem **Městské nemocnice Ostrava** se od 1. 7. stal Tomáš Nykel, který dosud řídil Nemocnici s poliklinikou v Novém Jičíně. Vystřídal Jana Zháněla.
- Jaroslav Páník opustil místo přednosta Městské záchranné služby Ostrava, aby nastoupil jako ředitel **Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně** a nahradil odcházejícího Tomáše Nykela.
- Bývalý předseda ČSSD v Ústeckém kraji Petr Benda 29. června rezignoval na funkci předsedy představenstva **Krajské zdravotní, a. s.** V představenstvu jej nahradí člen ČSSD Tomáš Kříž.
- Rada Moravskoslezského kraje odvolala 23. června ředitele **Slezské nemocnice v Opavě** Milana Cveka. Na jeho místo bude vyhlášeno výběrové řízení.
- Nového ředitele má **Asociace inovativního farmaceutického průmyslu**. Radima Petráše na tomto postu vystřídal Jakub Dvořáček.

(klu)

# MZ vypisuje výběrové řízení na nového ředitele IKEM

(pokračování ze strany 1)

Proto se pan ministr rozhodl vpsat výběrové řízení, ze kterého vzejde ředitel s plným mandátem daným tímto transparentním procesem,“ dodal mluvčí. Dosavadní ředitel Malý uvedl, že ministrové rozhodnutí respektuje, zároveň však pro vypsání vý-

běrového řízení nevidí důvod a bere jej jako urážku pracovní úspěšného týmu. Ředitele v jeho rozhodnutí zúčastnit se výběrového řízení podporuje management i personál IKEM. Zdejší sestry ministrové adresovaly dopis, ve kterém svého ředitele podpořily: „Docenta Malého vnímáme jako skvělého manažera, pod

jehož vedením se IKEM ubírá správným směrem. Navíc si vážím práce sester a my si vážíme jeho.“

## Více informací přinese audit

Minulý týden vedení IKEM doložilo, že jeho hospodaření za první pololetí 2011 skončilo ziskem

ve výši 114 milionů korun. Oznamoval také, že zadá hloubkový audit hospodaření a nakládání s majetkem z období před nástupem současného managementu. Podle náměstka ředitele pro ekonomiku a obchod IKEM Michala Stiborka bude předmětem hloubkového auditu především čerpání prostředků z dotací ministerstva zdravotnictví v letech 1997 až 2005 na nákup zdravotnického vybavení. Tehdy IKEM buďoval moderní monoblok o dvou podzemních a pěti nadzemních podlažích za 1,2 miliardy korun, kam

se přestěhoval z původních budov v areálu Thomayerovy nemocnice. IKEM na to dostal stamilionové dotace. Média také před časem informovala o nejasnostech kolem mnohamilionových majetků manažerů IKEM. Antimonopolní úřad zase prověřoval problematickou zakázku na nákup speciálního zdravotnického materiálu za dvě miliardy korun. Co přesně bude audit zkoumat, nyní zástupci IKEM dojednávají s auditorskou firmou Ernst & Young.

Petra Klusáková

# Krok do 21. století

Trojka „Julínkových-Hegerových“ zákonů míří mezi poslance. Má cenu jí držet palce, i když nejde zrovna v první řadě o peníze.

Zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě. Pro exministra Tomáše Julínka se tato trojice norem stala noční můrou a *de facto* ukončila jeho ministerskou kariéru. Současný ministr Heger na ní naopak zřejmě získá ostruhu pro největšího reformního bouráka současné vlády.

## Rozbití pomníku politické neochoty

Přítom jde o normy, které v sobě neskrývají nijak zásadní konflikt, především proto, že se primárně netýkají toku peněz. V souvislosti

ti s reformou zdravotnictví jsme si zvykli řešit spíše systém financování péče, spoluúčast pacientů, regulační poplatky, úlohu pojišťoven či standardy a nadstandardy. Nabízí se proto otázka, zda je zakotvení práv pacienta do zákona, otázka dojezdu záchranky či úprava asistované reprodukce skutečně reformou.

Odpověď zní ano. Zákony reformují zdravotnictví v tom smyslu, že se jej snaží – do jisté míry proti jeho vůli – vtáhnout do 21. století. Padesát let starý a nesčetněkrát novelizovaný zákon o péči o zdraví lidu je pomníkem politické neochoty přemýšlet nad zdravotnic-

tivím jinak než před půlstoletím, jinak než z pohledu celostátně organizované a dohlížené péče všemocných lékařů nad nezalými pacienty. Jakkoli Česko přistouplilo k mezinárodní úmluvě o biomedicíně, která stanovuje řadu patientských práv a snaží se posunout vztah pacienta k lékaři blíže západnímu myšlení, šlo vždy spíše o formální akt bez valného dopadu na zdravotnictví. Právě zákon o zdravotních službách se snaží alespoň částečně naplnit to, co stanovuje úmluva.



Martin Čaban

## Reforma vztahů

Nejde o reformu financování, ale o reformu přístupu a principů. S pacientem se začíná počítat jako s tím, kdo je schopen se na základě poskytnutých informací rozhodnout, která léčba z nabízených možností je pro něj nejvhodnější. Získává právo rozhodovat

o své zdravotní dokumentaci, za jistých okolností získává možnost odmítnout léčbu a tak dále. Samozřejmě, v době, kdy se mluví o tom, že zdravotnictví je finančně na hraně fungování, se mohou podobně

v podstatě abstraktní úpravy jevit jako nemístné. Však také největší rozruch mezi lékaři vyvolal nárok pacientů stěžovat si na zdravotnické zařízení zřizovateli, který má možnost udělit takovému zařízení pokutu za přečiny proti patientským právům.

Šéf lékařské komory Milan Kubek dokonce tuto úpravu interpretoval tak, že pacienti od vlády dostávají po „ráně bičem“ v podobě vyšší spoluúčasti „kostku cukru“ – mohou si pryč „smlsnout“ na lékařích a šikanózními pokutami za nevyvěšené ordinační hodiny je dovést ke krachu. To je absurdní. Interpretovat vztah lékaře a pacienta jako válku, v níž je *a priori* třeba si na někoho „smlsnout“ a pomstít se tak vládě za regulační poplatky či platbu nadstandardu, to je klasická ukázka uvažování o zdravotnictví, které je třeba postupně opustit.

Zvyknout si na to, že zdravotnictví je čím dál více vztahem poskytovatelů služeb a jejich příjemců, vztahem, v němž informační asymetrie sice existuje a bude existovat, ale nesmí být nadřazena svobodně vůli, bude určitě chvíli trvat. Ale nový zákon o zdravotních službách je krokem správným směrem.

# Jihomoravský kraj redukuje počet akutních lůžek

Vedení Jihomoravského kraje se dohodlo s ministerstvem zdravotnictví a zástupci pojišťoven na nové koncepci sítě lůžkových zdravotnických zařízení. V první etapě dojde ke zrušení 563 lůžek akutní péče.



Ilustrační foto: Shutterstock

Memorandum k závěrům první etapy „Koncepce lůžkových zdravotnických zařízení“ podepsali 30. června ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek (ČSSD), ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Horák a šéf Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček. Jihomoravský kraj je tak prvním

krajem ČR, který se byl schopen s ministerstvem a zástupci pojišťoven dohodnout na snížení počtu akutních lůžek. Z celkového počtu 6865 lůžek akutní péče v tomto kraji bude zrušeno 563 lůžek, což představuje úbytek přibližně 8,2% oproti stavu k 1. lednu 2011. Podle Hegera nová koncepce nemá negativně ovlivnit dostupnost lékařské péče v kraji.

## Peníze zůstanou v kraji

Účastníci jednání se dohodli na tom, že případné finanční úspory, které přinesou dohodnutá koncepční opatření, zůstanou kraji, aby je mohl použít na další rozvoj zdravotní péče. Hašek předpokládá, že zrušení lůžek přinese úspory v přibližné výši 300–400 milionů Kč. V případě, že někde dojde ke zrušení celé odbornosti u akutní lůžkové péče a jejímu přesunutí do jiného zdravotnického zařízení, budou peníze v adekvátní výši alokovány.

## Jen škrty nestačí

Úspory však nebude dosaženo pouze jednoduchým rušením lůžek. Kraj hodlá i nadále podporovat také další koncepční opatření, která by měla vést k finančním úsporám prostřednictvím racionalizace celého systému zdravotní péče a zefektivnění sítě lůžkových zařízení. Jedná se například o trend společného lůžkového fondu interních a chirurgických odborností i všech typů intenzivní péče s cílem efektivního využívání lůžkových jednotek i přístrojového

a personálního zajištění. Na řadě míst tak dojde k přesunu jednotlivých odborností do jiných zdravotnických zařízení.

Koncepční kroky provedené v první etapě a následně v dalších eta-

pách mají mít dlouhodobý charakter a na jejich základě se budou připravovat i nové smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami platné k 1. lednu 2013. (fkc)

## Redukce lůžek akutní péče v Jihomoravském kraji

Počty redukovaných lůžek akutní péče v 1. etapě realizace „Koncepce sítě lůžkových zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje“. V závorce je uveden celkový počet lůžek akutní péče v daném zařízení k 1. 1. 2011.

Zřizovatel MZ ČR	
Fakultní nemocnice Brno	110 (2005)
Fakultní nemocnice u sv. Anny	51 (849)
Masarykův onkologický ústav	20 (276)
Zřizovatel Jihomoravský kraj	
Nemocnice TGM Hodonín	36 (193)
Nemocnice Břeclav	50 (491)
Nemocnice Kyjov	52 (489)
Nemocnice Tišnov	5 (50)
Nemocnice Ivančice	23 (186)
Nemocnice Vyškov	30 (393)
Nemocnice Znojmo	99 (585)
Ostatní zřizovatelé	
Nemocnice Blansko	31 (183)
Nemocnice Boskovice	11 (264)
Nemocnice Milosrdných bratří	16 (261)
SurGal Clinic, s. r. o.	20 (71)
Úrazová nemocnice	9 (191)

(Zdroj: MZ ČR)

# Vlna nevole proti vedení liberecké nemocnice **opadá**

Koncem června vydala odborová organizace Krajské nemocnice Liberec petici, ve které zaměstnanci požadovali po vedení nemocnice zveřejnění jejího hospodaření a vysvětlení tří sporných smluv s dalšími subjekty. Minulý týden vedení přišlo s vysvětlením a odbory utichly.

Prvotním impulsem odborové bouře v liberecké nemocnici byl dopis t. č. již bývalé ekonomické ředitelky Danky Kaššovičové, která v polovině června zaslala členům představenstva nemocnice text, v němž kritizuje hospodaření současného ředitele nemocnice Zdeňka Konráda, ekonomické ředitelky Aniko Špičkové a ekonoma Rastislava Mišička. Upozornila na několik nestandardních postupů například u smlouvy nemocnice s Českou sanitou, s. r. o., dále na hospodaření dceřiné společnosti Libereckého kraje NELI servis, s. r. o., která pro nemocnici zabezpečuje technicko-hospodářskou činnost, a smlouvy k licencím na nemocniční informační systém.

„Nakládání s finančními prostředky NELI od doby, kdy se inženýr-

ka Špičková stala jedinou jednatelkou, je mimořádně nevhodné a hrozí, že loňský zisk spotřebuje ve velmi krátké době. Společnost NELI v minulosti výrazně zredukovala svoji činnost a omezila se na vytápění a spalování nebezpečného odpadu,“ uvádí například Kaššovičová, která poté podle svých slov odešla z prostředí, kde panuje hrubá manažerská neprofesionalita a snaha o předražování zakázek s cílem dalšího prospěchu a nedovoleného užítku.

## Petice pomohla – hospodaření zveřejněno

V kritice hospodaření podpořil Kaššovičovou také Jan Rais z oddělení správy majetku nemocnice. „Nejvíce mi vadí, že jsou popírána základní fakta. Nemocnice je za

první čtyři měsíce ve ztrátě ve výši 12,5 milionu korun, ale vedení to popírá, to prostě nevěstí nic dobrého,“ řekl Rais Zdravotnickým novinám a dodal, že pokud ředitel Konrád ve své funkci zůstane, on zvolí odchod. To se také nakonec stalo a Rais pracovní poměr v nemocnici ukončil. „Jestliže ve funkci zůstává současný ředitel, odcházím, protože to nemá budoucnost. Pokud město a kraj nechají vedení nemocnice dále takto s financemi nemocnice nakládat, je to už jen jejich věc,“ dodal Rais.

Jeho komentář zaslal členům dozorčí rady, představenstvu i zaměstnancům nemocnice donutil k reakci zdravotnické odbory v čele s předsedou základní organizace Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče v KNL Dušanem

Mormanem. „V petici, kterou podepsalo více než 1500 lidí, žádáme vysvětlení sporných smluv a hospodaření,“ uvedl. Toho se jim další týden dostalo. Nemocnice vydala analýzu hospodaření, podle které je ve ztrátě 10 milionů korun, v případě NELI servisu přiznává nutnost zadání forezního auditu.

## Zlaté padáky pro bývalé vedení

Vedení v čele s Konrádem řídí nemocnici teprve od letošního března. Nahradilo předchozí tým generálního ředitele a předsedy představenstva Ludka Nečesaného, který rezignoval v únoru. Rada libereckého kraje, jež si nedávno vyžádala předložení dosavadní ekonomické, finanční a personální

agendy, přiznala bývalému vedení nepřiměřeně vysoké odstupné, které si před odchodem schválili sami manažeři. I to je v analýze vyčísleno. Celkem nemocnice na odstupném zaplatila 7,3 milionu korun. Bývalému řediteli Ludku Nečesanému bylo přiznáno odchodné ve výši šesti měsíčních platů, celkem přes tři miliony korun, ekonomická náměstkyně Miroslava Tanečková dostala podle informací médií 2,2 milionu, technický ředitel Aleš Stránský necelé dva miliony. Více než milion korun našli na výplatních páskách bývalý lékařský náměstek Martin Zítek a hlavní sestra Ladislava Kohoutková, kteří v nemocnici zůstali.

„Dnes již víme, jak nepřiměřeně vysoké odstupné si předchozí management schválil. Myslím, že zaměstnanci nemocnice si nezaslouží dále trpět mystifikací, do které byli uvedeni. I proto jsme se rozhodli zveřejnit analýzu hospodaření, ze které je více než patrné, že letošní výsledek hospodaření nemocnice nebude v dramatickém propadu,“ dodal hejtman Libereckého kraje Stanislav Eichler. Všechny tři odborové organizace, které v liberecké nemocnici působí, poté analýzu hospodaření bez dalších nároků akceptovaly.

Petra Klusáková

## V Pardubicích **budou efektivně šetřit**

Na konci loňského roku se pardubická nemocnice dostala do ztráty 97 milionů korun. Pardubický kraj si proto letos zadal dva audity, které ukázaly jak a kde šetřit.

První audit, který vyšel kraj na více než milion korun, se kromě zkoumání výsledků hospodaření zaměřil také na procesní a personální kontrolu. „Nejzávažnější zjištění se týkají právě procesní oblasti. Nemocnice proto zavedla oddělení centrálního nákupu materiálu,

od kterého si slibujeme úsporu pět až deset procent z ročního obrátu 375 milionů korun,“ řekl novinářům ředitel Pardubické krajské nemocnice Tomáš Gottvald.

V souvislosti s kontrolou materiálu vedení nemocnice zavedlo také namátkové kontroly správ-

ného využívání zdravotnického materiálu a léků. Patnáct výpovědí zaměstnancům vyneslo úsporu 5 milionů, další prostředky ušetří zvýšení spoluúčasti pacientů na některých zákrocích. Příjmy mimo platby zdravotních pojišťoven přinese například provádění kli-

nických studií, efektivnější práce nemocniční lékárny, prádelny a spalovny.

## Podhodnocené úhrady

Druhý audit, za nějž kraj zaplatil 400 tisíc korun, hodnotil výsledky a správnost vykazování zdravot-

ní péče pojišťovně u nemocnic v Pardubicích, Chrudimi, Lito-myšli, Svitavách a Ústí nad Orlicí. Výsledky ukázaly, že celkový počet hospitalizací za poslední tři roky klesl o 1300, tedy o 1,3%. Celkově však nemocnice mají systém vykazování hospitalizací pomocí DRG na dobré úrovni. Audit navíc podle modelace úhrad na příští rok ozřejmil, že v porovnání s celostátními parametry jsou úhrady dohromady za všechny nemocnice podhodnocené o 120 milionů Kč.

(klu)

## Homolka potřetí obhájila akreditaci JCI

Pražská Nemocnice Na Homolce získala již potřetí prestižní americkou značku kvality – mezinárodní akreditaci JCI (Joint Commission International).

O opětovném udělení akreditace rozhodla mezinárodní komise auditorů, která prověřovala celkem 1033 indikátorů kvality a bezpečnosti péče, přičemž nemocnice neprošla pouze ve dvou z nich.

Certifikátem od JCI se v České republice aktuálně mohou pochlubit pou-

ze čtyři ze 190 nemocnic. Kromě Nemocnice Na Homolce je získaly ještě pražský Ústav hematologie a krevní transfuze, Fakultní nemocnice Ostrava a Masarykův onkologický ústav v Brně.

Homolka byla v roce 2005 prvním zařízením u nás, které dokázalo spl-

nit přísná kritéria této akreditace, certifikát JCI se poté obhájuje každé tři roky.

Podle ředitele Nemocnice Na Homolce Vladimíra Dbalého zařízení usilovalo o akreditaci ve snaze poskytovat kvalitní a bezpečnou zdravotní péči, kterou by bylo možno defino-

vat a hodnotit na základě měřitelných standardů.

## Akreditace se vyplácí

V USA je akreditace podmínkou smlouvy s pojišťovnou, u nás tomu tak zatím není. Zdravotní pojišťovny v současnosti ve smluvních vztazích ani platbách nezohledňují, zda dané zdravotnické zařízení dosáhlo akreditace, ať už domácí nebo mezinárodní. Vladimír Dbalý se přesto domnívá, že uplatňování principů akreditace v praxi se nemocnici výrazně vyplácí.

Důvodem je podle něj racionalizace a systematizace péče a také sledování rizik spolu s prevencí nežádoucích situací, jež ve svém důsledku mohou vést k řádově statisícovým až milionovým ztrátám. „Nám se například – a nejen díky akreditaci, ale především důsledným řízením a sledováním kvality a bezpečnosti – podařilo od roku 2007 snížit výskyt některých typů nemocničních infekcí o 30–50 procent, příkladem mohou být infekce krevního řečiště nebo stafylokokové infekce,“ dodal Dbalý. (fkc)

# Brněnské ICRC dostalo finanční zelenou

Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně (FNUSA) získala pro Mezinárodní centrum klinického výzkumu (ICRC), které se buduje v areálu nemocnice, necelé dvě a půl miliardy korun z fondů Evropské unie. Jde o další ze špičkových medicínských projektů, který se bude v Brně realizovat za peníze z EU.



Petr Koška. | Foto: Martin Ježek

## CARDIO program ICRC

**Cardio 1** – Kardiovaskulární a transplantační chirurgie, srdeční selhání

**Cardio 2** – Interventní kardiologie a akutní koronární syndromy

**Cardio 3** – Srdeční elektrofyziologie a stimulace

**Cardio 4** – Kardiovaskulární a metabolické poruchy

**Cardio 5** – Neinvazivní zobrazovací metody v kardiovaskulární medicíně

**Cardio 6** – Vývoj nových metod a intervencí sloužících ke snížení rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob v populaci

**Cardio 7** – Tkáňové inženýrství v kardiovaskulárním výzkumu

## NEURO program ICRC

**Neuro 1** – Vývoj nových strategií pro časnou detekci a pokročilou léčbu cerebrovaskulárních chorob

**Neuro 2** – Neuroepidemiologie

**Neuro 3** – Vývoj moderních metod v oblasti neurozobrazování

**Neuro 4** – Roztroušená skleróza

Náměstek ministra zdravotnictví Vladimír Pavla při této příležitosti řekl, že projekt ICRC není důležitý jen pro Brno a pacienty, ale pro celou tuzemskou ekonomiku. Jihomoravský hejtman Michal Hašek připomněl, že Jihomoravský kraj již do projektu ICRC vložil 50 milionů korun a Brno tak potvrzuje svůj statut „tygra“ tuzemské zdravotnické ekonomiky. „Není důležité peníze prostavět, ale dostat do ICRC vědce a týmy z celého světa, aby se mohlo zkoumat a přicházet s novými postupy, které budou důležité nejen pro brněnské pacienty, ale pro celou Evropu. Jsem pyšný na tým, který se na získání financí z Evropské unie podílel,“ podotkl Hašek.

### Tři výzkumné programy

2,425 miliardy korun získalo ICRC prostřednictvím operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR ze strukturálních fondů Evropské unie. Urychlí se tak budování evropského centra excelence, v němž by měli spolupracovat tuzemští odborníci s kolegy z předních světových akademických center na projektech zaměřených na prevenci, včasnou diagnostiku a léčbu kardiovaskulárních a neurologických onemocnění. ICRC nabídne pracovní místa 150 vědcům z České republiky, Evropské unie a Severní Ameriky. Šéfy vědeckých programů budou odborníci z prestižních vědeckých

institucí, např. z americké Mayo Clinic, Minnesotské a Alabamské univerzity či londýnské University College.

Tisková konference byla přenášena také na Mayo Clinic, jejíž zástupce profesor Virend K. Somers všem poděkoval za úspěšné získání finančních prostředků na stavbu centra. Ředitel FNUSA Petr Koška v této souvislosti podotkl, že získání peněz z Unie bylo těžké. „Věřte, že není snadné se prát o zdroje z EU,“ konstatoval Koška.

Náměstek pro ICRC docent Tomáš Kára připomněl cíle centra. „Budou se zde realizovat tři výzkumné programy. Prvním je ‚Cardio program‘, ve kterém se budou vyvíjet nové strategie pro diagnostiku a pokročilou léčbu kardiovaskulárních onemocnění. Dalším je ‚Neuro program‘, který se bude věnovat detekci a terapii neurologických nemocí. Posledním je pak ‚Výzkumná platforma‘, ve které se odborníci budou zabývat experimentální medicínou a biotechnologiemi,“ upřesnil Kára.

### Rychlá aplikace do praxe

Podle Tomáše Káry se výsledky výzkumu z ICRC budou v co nejdříve době uplatňovat v praxi, což zajišťuje právě začlenění ICRC pod FNUSA a spolupráce centra s výrobci zdravotnických přístrojů, léčiv a biotechnologií. „V rámci mezinárodní spolupráce již byl vyvinut například nový přístroj na diagnostiku stavu cév nebo

## Multidisciplinární platformy ICRC

AC – Animální centrum  
CBCE – Centrum biomolekulárního a buněčného inženýrství  
ICCT – Integrované centrum buněčné terapie a regenerativní medicíny

BME – Centrum biomedicínského inženýrství  
CMI – Centrum molekulárního zobrazování  
CPU – Klinicko-farmakologická jednotka



Vizualizace budoucího ICRC

zařízení pro srdeční a mozkovou elektrofyziologii. Vědci se v současnosti chtějí zaměřit na využití kmenových buněk pro léčbu srdečního selhání, vývoj umělého srdce a nových technologií pro léčbu srdečních poruch či Alzheimerovy choroby,“ řekl Kára. Součástí projektu je také program vzdělávání, jímž by mělo do roku 2015 projít kolem tří stovek mladých vědců.

„ICRC má pro rozvoj naší nemocnice zásadní význam, žádné jiné zdravotnické zařízení v zemi tak rozsáhlý projekt dosud nepřipravilo. Díky špičkovému výzkumu a spolupráci s odborníky a firmami od nás i ze zahraničí budou mít z vybudování ICRC prospěch všichni pacienti a zdravotníci. Upevní se také prestiž naší nemocnice,“ uzavřel ředitel FNUSA Petr Koška.

Martin Ježek



Tomáš Kára. | Foto: Martin Ježek

## Historie a budoucnost ICRC

**2003** – Docent Tomáš Kára z FNUSA přichází na stáží na Mayo Clinic v USA na nápad vytvořit ICRC.

**2006** – Vláda ČR schválila záměr vybudování ICRC, ministerstvu zdravotnictví dala úkol vyčlenit na projekt finance. Proto bylo možné zahájit přípravné práce ještě před schválením peněz z EU.

**2009** – Na Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže ČR je podána žádost o financování projektu FNUSA – ICRC ze strukturálních fondů EU.

**2010, květen** – Vydáno stavební povolení.

**2010, červen** – Zahájena výstavba

ICRC. FNUSA – ICRC bude tvořeno dvěma sedmipatrovými budovami ve tvaru písmene L. **2012, podzim** – Měla by být ukončena 1. etapa, budou postaveny laboratoře integrovaných vědeckých platforem, zázemí pro vědce, vzdělávací centrum, pracoviště center pro podporu vědců, zázemí pro kliniku kardiovaskulárních onemocnění a neurologickou kliniku.

**2013** – Dokončení oddělení urgentní péče, operačních sálů a dalších pracovišť.

Celková plocha FNUSA – ICRC bude činit 23 783 m<sup>2</sup>.

## ROZHOVOR

# Souhlasíme s naprostou většinou navrhovaných reformních kroků

O současném i budoucím systému veřejného zdravotního pojištění, odpovědnosti zdravotních pojišťoven k pacientům i „miliardovém daru pro VZP“ jsme hovořili s tajemnicí Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP) **JUDr. Vladimírou Těšitelovou**.

## V čem v současnosti spatřujete největší význam Svazu zdravotních pojišťoven?

K této otázce by bylo dobré nejprve připomenout několik historických údajů. Svaz zdravotních pojišťoven ČR vznikl dne 15. května 1997 jako nástupnická organizace Sdružení zdravotních pojišťoven, které bylo ustaveno na dobrovolné bázi 26. ledna 1993. Sdružuje všech 7 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v České republice. SZP ČR hájí společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče s hlavním cílem zkvalitňování služeb pro své klienty. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny v současnosti poskytují služby pro zhruba 4,1 milionu občanů ČR.

Z uvedeného jasně vyplývá, že SZP ČR není žádným nováčkem v systému veřejného zdravotního pojištění. Je organizací, která aktivně vystupuje na poli společných činností zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a tam v současné době bezesporu patří zejména aktivity v oblasti legislativní činnosti. SZP ČR se nejen účastní připomínkového řízení k nově navrhovaným právním normám, ale také vznik nových norem či úprav iniciuje. Aktuálně se podílí na reformě zdravotnictví.

Další neopomenutelnou oblastí je činnost na poli lékové politiky. Na půdě SZP ČR byla zřízena s účinností od 1. ledna 2008 léková komise, která funguje jako centralizovaný orgán pro účast zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven ve správních řízeních pro stanovení cen, úhrad a podmínek úhrad pro léčivé přípravky i pro oblast celé lékové politiky zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Vedle lékové komise fungují v rámci SZP ČR další čtyři odborné sekce a jedna komise, jež sdružují odborníky z pojišťoven pro specializované okruhy činností.

A také bych neměla zapomenout zmínit činnost SZP ČR na mezinárodním poli, kdy se náš svaz v roce 1995 stal členem korespondentem celosvětově působící organizace Association Internationale de la



Foto: archiv SZP ČR

Mutualitě (AIM) a v říjnu 2002 byl přijat za jejího řádného člena. AIM je uskupením autonomních orgánů pro oblast zdravotního pojištění a sociální ochrany.

## Jak vnímáte plánované reformní kroky ministerstva zdravotnictví?

Pro současný systém fungování veřejného zdravotního pojištění se reforma stává naprostou nezbytností. Hlavním důvodem je finanční udržitelnost systému zajištění zdravotní péče pro všechny občany. Jsme přesvědčeni, že reformními legislativními kroky je možné přispět k dalšímu zvyšování efektivity systému. Z tohoto důvodu reformu připravovanou ministerstvem zdravotnictví jednoznačně vítáme. S většinou navrhovaných reformních kroků souhlasíme – neříkáme, že se všemi a bez výhrad, s naprostou většinou však ano. Reforma zdravotnictví dává zdravotním pojišťovnám šanci získat tolik potřeb-

né pravomoci, ale i zodpovědnost, aby se mohly chovat jako opravdoví správci peněz vybraných od občanů na jejich léčení a skutečně pohlídat, že tyto peníze budou vynakládány co nejúčelněji ve prospěch zdraví občanů. Zdravotní pojišťovny zastupují své klienty – pacienty, kteří chtějí za své peníze dostat kvalitní léčbu za rozumnou cenu.

## Dostal svaz pojišťoven prostor k tomu, aby se konkrétně vyjádřil k jednotlivým bodům reformy?

S novým vedením ministerstva zdravotnictví úzce spolupracujeme na přípravě reformních kroků od samotného počátku. Jednání probíhají na různých úrovních a týkají se řady oblastí. Ať už je to avizovaná a ve třetím čtení na půdě poslanecké sněmovny schválená „malá novela“ zákona číslo 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, či příprava věcného záměru zákona o zdravotních po-

jišťovnách a práce na ostatních nových právních normách dle legislativního plánu ministerstva zdravotnictví. A je jich opravdu hodně.

Jako skutečný průlom vnímáme v médiích již mnohokrát zmiňovaný § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, který umožňuje občanům a našim pojištěncům legálně si připlatit na ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče. Chápeme tuto změnu jako prostředek k odstranění korupce ve zdravotnictví a dále jako první krok k rozšíření konkurenceschopnosti mezi zdravotními pojišťovnami. Samozřejmě za předpokladu, že pro to bude vytvořen dostatečný právní rámec. V čem by pak byla výhoda pro naše klienty? Zdravotní pojišťovny by mohly nabízet individuální smlouvy svým pojištěncům a na jejich základě pak různé odlišné produkty, jež by pokrývaly různé oblasti zdravotní péče, a to i té nadstandardní.

## Změnou, kterou chce Hegerův úřad prosadit, je převedení zdravotních pojišťoven na neziskové subjekty. Co konkrétně by tato změna znamenala pro SZP ČR a jak by se mohla projevit na jeho politice?

Avizovaná změna je připravována v nových tezích věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách. Svaz se intenzivně podílí a stále podílí i na změnách v této oblasti. Ať už na půdě ministerstva zdravotnictví nebo Národní ekonomické rady vlády.

Zdravotní pojišťovny by fungovaly jako právnické osoby *sui generis*, založené na obdobných principech, jaké jsou užívány pro odlišení neziskových subjektů. S navrhovanou úpravou se dá souhlasit, a to mimo jiné i z toho důvodu, že navrhovaný zákon bude obsahovat jednotnou právní úpravu společnou pro všechny zdravotní pojišťovny. Bude tak odstraněn dosavadní nepříznivý stav, kdy je problematika upravena dvěma na první pohled velmi podobnými zákony, které se však v důležitých detailech liší a zvyhodňují tak jednu z existujících zdravotních

pojišťoven na trhu. Zákon bude upravovat vznik a zánik zdravotních pojišťoven.

Jednou ze zásadních novinek, které uvedený zákon také obsahuje, je zcela nové řešení takzvaných společných činností zdravotních pojišťoven, které v současnosti zajišťuje dílem Všeobecná zdravotní pojišťovna, Národní referenční centrum, Centrum mezinárodních úhrad i SZP ČR. Jde o oblasti, v nichž je nutná centralizace (například centrální registr pojištěnců, přerozdělení) nebo kde je z jiného důvodu žádoucí, aby zdravotní pojišťovny postupovaly jednotně (například formuláře pro plátce nebo některé revizní činnosti) a jedná se o podstatnou změnu, kterou se SZP ČR již dlouhá léta také snaží prosadit.

## O kolik peněz jednotlivé pojišťovny přijdou, jestliže se podle rozhodnutí vlády budou muset složit na VZP? Jaký to bude mít vliv na jejich rozpočet a hospodaření?

Uvedená změna znamená opravdu podstatný zásah do činnosti všech zdravotních pojišťoven, ale zejména těch zaměstnaneckých. Zdravotní pojišťovny řídí svoji činnost dle parametrů svých zdravotně pojistných plánů. Připravovaný jednorázový akt zcela potlačuje vážnost těchto dokumentů, které mají minimálně na jeden rok transparentně nastavovat pravidla a mantinely chování zdravotních pojišťoven, nehledě na to, že se jedná o zásah do již uzavřeného účetního období. Navíc tyto peníze už byly jednou přerozděleny.

Je to změna pravidel hry v jejím průběhu a samozřejmě to bude mít podstatný vliv na hospodaření jednotlivých zaměstnaneckých pojišťoven. V konečném důsledku půjde ve prospěch VZP ČR více než 2,5 miliardy z celkového objemu téměř 5,4 miliardy, které tato změna přináší. Schválení navrhované právní úpravy je zcela nesystémové řešení, které nemá řádnou oporu v právních předpisech a může výrazně zkomplikovat a destabilizovat systém veřejného zdravotního pojištění v Česku.

## Co je v současnosti pro SZP ČR prioritou? Čím se zabývá a co plánuje?

Nepochybně chceme i nadále pracovat na připravované reformě zdravotnictví a řešit otázky společných činností na všech úrovních, včetně úrovně mezinárodní, a to s jednoznačným cílem zajištění kvalitní zdravotní péče pro všechny pojištěnce. **Filip Kůt Citores**

# Dobrovolnická cesta do Guineje

Být dobrovolníkem v chudé a rozbouřené Africe může znamenat při svíče překládat příbalové letáky nebo také ujet stovky kilometrů po rozmláčené silnici za dětmi. Čekají na dopis od adoptivních rodičů, ale i na lékaře. Jedním z takových dobrovolných pracovníků byla i Češka **MUDr. Kateřina Duchoňová**, jež jinak působí v PL Kosmonosy.

**N**a podzim 2010 jsem se spolu s dalšími dobrovolníky vypravila na měsíční cestu do západoafrické Guinejské republiky. Cesta byla uspořádána v rámci Help Campu občanského sdružení Wontanara, v České republice známého hlavně díky projektům adopce afrických dětí na dálku. Přímo v Guineji se Wontanara zaměřuje především na vzdělávání dětí, ale i dospělých (v zemi je 70% analfabetismus), dělá kurzy řemesel a rozvíjí i zemědělské projekty. Zakládá tu také zdravotní centra a zajišťuje lékařskou péči pro děti z adopce, ale nejen pro ně.

## V azylu jde i překládat

O situaci lidí v této části Afriky jsem si už před cestou nedělala iluze a myslela jsem si, že mám poměrně konkrétní představu – několik let už jsem v Česku koordinovala projekt adopce na dálku a přede mnou byli v Africe jako dobrovolníci mí dobří přátelé. Skutečnost však byla ještě drsnější.

Do guinejského hlavního města Conakry jsme přijeli v období prezidentských voleb, kdy se v zemi snad poprvé v její historii rozpoutaly etnické nepokoje. Na lidech v ulicích byla patrná nervozita a strach. Všude jsme potkávali hlídky ozbrojených vojáků, v noci jsme zaslechli střelbu. Vysvětlení, že střílí jen tak do vzduchu, pro výstrahu případným násilníkům, nás uklidnilo jen do chvíle, než jsme zjistili, že ve městě jsou nepřetržitě přestřelky, hoří zapálená auta i domy a rabuje se. Posádku auta směřujícího na kontrolu projektů v Kankanu na severu země, tvořenou naším africkým koordinátorem Oumarem a dvěma našimi českými dobrovolnicemi, přepadli ozbrojení bandité, navíc posilnění alkoholem.

Pod dojmem z těchto zpráv jsme se raději několik dní drželi v azylu u našich afrických přátel. Po večerech jsem tam při svitu svíčky překládala příbalové letáky do francouzštiny. Byly z krabiček s léky od našich českých dárců. Ti je pro africké děti poskytli zce-

la zdarma a často museli při jejich obstarávání vyvinout hodně úsilí. Sehnali hlavně antibiotika, analgetika, antipyretika, antiseptika, rehydratační roztoky, antiidiaroi-ka a vitaminy.

## Za výjimečného stavu

Po třech dnech čekání jsme se konečně setkali se zbytkem naší výpravy přepadeným bandity. Přepadení utrhli lehčí zranění, přišli o auto a byli chudší o fotoaparát, videokameru a peníze, ale všem se nám moc ulevilo, že jsou vlastně víceméně v pořádku a že jsme zase spolu. V dalších dnech armáda stále posilovala své jednotky ve všech částech země a vojáci často opravdu naháněli hrůzu, postupně se ale situace uklidňovala. Během druhého týdne pobytu jsme začali vyjíždět kontrolovat děti v adopci na dálku – především každé z nich nafotit, předat dopisy a dárky od českých „rodičů“ a naopak zase od dětí vyzvednout jejich dopisy, obrázky a vysvědčení. Zorganizovat setkání s dětmi v zemi s vyhlášeným výjimečným sta-

vem nebylo jen tak. Naši afričtí dobrovolníci shromažďovali děti na dvorech nebo v učebnách momentálně uzavřených škol, některé jsme navštívili přímo u nich doma. Rodiny nás vítaly s velkou vděčností. Musím vyzdvihnout úsilí a obětavost afrických koordinátorů, nezdířka sami pocházejí z velmi chudých poměrů a přitom spoustu času a energie věnují dobrovolnickým aktivitám, které stojí převážně na jejich práci.

## Dožít se pátých narozenin

Při kontrolách jsem se dozvídala i o zdravotním stavu některých dětí. Byly tu malí pacienti s amputovanými končetinami, často pro pokročilou infekci, kterou se nepodařilo včas rozpoznat a zastavit. Dále děti s nejrůznějšími vrozenými vývojovými vadami, dětskou mozkovou obrnou, rozsáhlými jizvami po popáleninách, ale i mentálně zaostalé, se kterými si učitelé v místních školách příliš nevědí rady a jež stále opakují jeden ročník a nedaří se jim pokročit dál. Děti mladší 15 let tvoří plných 44% obyvatel celé země a dětská úmrtnost je zde velmi vysoká – svých pátých narozenin se nedožije 16% dětí. Více než čtvrtina obyvatel Guineje je podvyživených, většina z nich jí pouze jednou denně, a to velmi jednostrannou stravu (mívají jen rýži, někdy s omáčkou). Mezi obyvatelstvem se kromě klasických infekčních chorob subsaharské Afriky, jako je malárie, tyfus, cholera, HIV, TBC či bilharziáza, začínají šířit také civilizační nemoci, například hypertenze a diabetes, častá jsou i polytraumata po vážných dopravních nehodách.

## Pro chlapečka s poleptaným jícnem

Během pobytu jsme navštívili oddělení dětské chirurgie univerzitní nemocnice v hlavním městě Conakry, kde jsme dokumentovali případ pětiletého chlapce Laie Condé, který utrpěl vážné poleptání jícnu louhem používaným při barvení látek. Chlapeček po určitou dobu vůbec nemohl přijímat potravu. Ve svých pěti letech vážil pouhých 5 kilogramů. Díky všímavosti afrických dobrovolníků a pomoci českých sponzorů byl hospitalizován, postupně mu byl dilatován jícen a zavedena gastrická sonda, přesto je i nadále příjem stravy omezený a prognóza špatná. Pro Laie by byla ideální plastika jícnu, na ni ale v Guineji nejsou vybavení a operace by byla příliš nákladná. Na léčbu chlapce je stále vyhlášena sbírka, ovšem podle sdělení místního chirurga



**Prognóza chlapečka, který v pěti letech vážil 5 kg, není ani nadále příznivá.** | Foto: archiv Kateřiny Duchoňové

jsou v zemi podobných případů stovky.

## Minimální povědomí o příznacích chorob

Vzhledem ke své specializaci jsem v Conakry navštívila i psychiatrické oddělení, a to jediné v celé zemi. Stejně jako celá nemocnice se nacházelo v dezolátním stavu. Pro pacienty jsou sice k dispozici moderní léky, ale většina z nich na ně nemá peníze. V Guineji je veškerá zdravotní péče zpoplatněná a ceny ošetření i léků přesahují možnosti většiny obyvatel. I proto taďy lidé často umírají na zcela banální onemocnění. Zejména na venkově je obtížné dostupná zdravotní péče. Lidé mají minimální povědomí o příznacích chorob – i to vede k pozdnímu vyhledání lékaře. V celkově špatné ekonomické situaci si bohužel i někteří místní lékaři „přivydělávají“ na nemocných úmyslným předepisováním neúčinných léků nebo závažným protahováním léčby. Na druhé straně je zde ovšem dostatek nezištných lékařů, ochotných pro chudé obyvatele pracovat dobrovolně a zdarma, vypomáhají tak například i v péči o děti zařazené do programu adopce na dálku. Někteří z našich koordinátorů mají v plánu budovat zdravotní střediska na venkově, podílet se i nadále na rozvíjení preventivních programů a vzdělávání, do budoucna se rýsuje snad i projekt mobilní nemocnice. Pokud byste měli zájem zúčastnit se dalšího Help Campu v africké Guineji, vítáme lékaře všech specializací s alespoň základní znalostí francouzštiny a dále všechny, kdo by chtěli svými znalostmi, zkušenostmi a podněty přispět k rozvoji dobrovolnických programů ve zdravotnictví či jinde. Více informací: [www.wontanara.cz](http://www.wontanara.cz)



**Na návštěvě guinejských dětí zařazených do programu adopce na dálku.** | Foto: archiv Kateřiny Duchoňové

# Odborníci upozorňují na kritický stav britské psychiatrie

Britská Královská psychiatrická společnost varuje před následky personální krize v oblasti péče o duševně nemocné. Psychiatři jsou podle ní přetížení a je jich příliš málo, takže mnohdy nemohou poskytnout pacientům odpovídající péči.

Prezident Královské psychiatrické společnosti prof. Dinesh Bhugra dokonce prohlásil, že není výjimečné, když zdravotnická zařízení propustí do domácí péče nemocné, kteří ještě nejsou zcela vyléčeni a představují pro sebe nebo své okolí riziko.

## Nutná výjimka

Na vině je podle profesora Bhugry „nebezpečné vakuum“, jež vzniklo tím, že počet nových psychiatrů rok od roku klesá a vizová politika Velké Británie neumožňuje cizincům-lékařům, aby nedostatek těchto odborníků vyvážíli. „Pokud vláda nezačne situaci okamžitě řešit, nebude v budoucnu možné popřát pacientům péči.“

chiatrických službách uspokojit,“ upozorňuje Dinesh Bhugra. Studie, již provedla Královská psychiatrická společnost, odhalila, že v současnosti není ve Velké Británii obsazeno 544 psychiatrických pozic (14% z celkového množství) a dalších 209 pozic se v nejbližší době uvolní odchodem psychiatrů do důchodu. „To představuje závažný problém. Abychom lidem s duševním onemocněním mohli poskytnout odpovídající péči, nejspíše budeme muset požádat vládu o udělení zvláštního povolení k náboru odborníků ze zemí, jež si mohou dovolit určitý počet psychiatrů postrádat,“ doplňuje prezident psychiatrické společnosti.

## Léčebny jako stabilizátory

Mezi dalšími alarmujícími závěry, k nimž autoři zmíněné studie došli, je i skutečnost, že lůžková psychiatrická zařízení nestíhají přijímat všechny pacienty, některá mají až 120% obloženost. Klesá rovněž dostupnost ambulantní péče, která již nesplňuje ani standardy stanovené Národním institutem pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE).

„Vysoká obloženost lůžkových psychiatrických zařízení má za následek snížení kvality péče o pacienty, ale také jejich bezpečnosti. Navíc nemocní nemají potřebný klid na vyléčení, takže jejich hospitalizace se často musí pro-

tahovat. Vzhledem k tomu, že se neustále snižuje počet lůžek, zatímco počet lidí vyžadujících psychiatrickou péči roste, přijímají lůžková zařízení pouze vysoce akutní pacienty a fungují jen jako jakési stabilizátory jejich stavu,“ popisuje prof. Bhugra.

## Stigmatizace psychiatrů

Rapidně klesá také počet absolventů medicíny, kteří si zvolí specializaci v psychiatrii. Zatímco v roce 2009 si ji vybralo 184 mediků z Anglie a Walesu, loni jich bylo jen 158. Profesor Bhugra to vysvětluje mimo jiné i reputací psychiatrů, která je v porovnání s ostatními odbornostmi nižší. Neurolog prof. Peter Jones

z Cambridgeské univerzity jeho domněnku potvrzuje s tím, že stigmatizace, která pacienty s psychickým onemocněním stále provází, se částečně přenáší i na jejich lékaře.

Kritickou situací v psychiatrické péči se podle slov svého mluvčího zabývá i britské ministerstvo zdravotnictví. „Oblast psychického zdraví patří mezi vládní priority. Vydali jsme strategii s názvem „No Health Without Mental Health“, která jasně stanovuje, že duševní zdraví je stejně důležité jako fyzické. Podporujeme odborné společnosti v jejich snaze o zvýšení úrovně poskytované psychiatrické péče a spolupracujeme s nimi. Navíc jsme schválili dotaci ve výši 400 milionů liber, která je určena na zlepšení přístupu k psychologické péči v Anglii,“ doplnil tiskový mluvčí resortu.

(Zdroj: Guardian)

Květa Havlová

## Soud zrušil zákon zaměřený proti potratům

Soudkyně federálního soudu v americkém státě Indiana zrušila zákon zakazující veřejné financování klinik organizace Planned Parenthood, jež poskytuje péči ženám pojištěným v rámci programu Medicaid. Legislativa zablokovala příspěvky s odůvodněním, že se na klinikách provádějí potraty.

Zákon je podle soudkyně Tany Prattové v rozporu se stanovami Medicaid, jež jeho pojištěncům umožňují vybrat si poskytovatele zdravotní péče. Zdravotnická zařízení spravovaná organizací Planned Parenthood navíc neprovádějí pouze potraty, ale poskytují především poradenství v otázkách plánovaného rodičovství, realizují screening rakoviny a pohlavně přenosných chorob.

## Bez důkazů

Podle soudkyně by měl zákon pro Planned Parenthood „vážné následky v oblasti financování a organizace by v Indianě nemohla nadále poskytovat pacientům základní péči“. Efekt legislativy podepsané republikánským gubernérem Mitchem Danielsem začátkem května letošního roku se ostatně projevil krátce po jejím vstupu v platnost. Indianská pobočka Planned Parenthood přestala ošetřovat pacientky pojištěné v rámci Medicaid a byla nucena

propustit dva ze tří specialistů na pohlavní choroby. Jak však soudkyně zdůraznila, pouze malé procento služeb organizace tvoří provádění potratů.

„Státy nemají právo vyjmout jinak kompetentní poskytovatele péče ze systému Medicaid. Navíc neexistují žádné důkazy, že by organizace Planned Parenthood (PP) nabízela nekompetentní a neadekvátní služby,“ upozornila Tanya Prattová. Její rozhodnutí není významné pouze v rámci Indiany, ale i pro ostatní státy – v současnosti totiž podobný zákaz financování klinik Planned Parenthood chystá i několik dalších amerických guvernérů. Odůvodnění je všude stejné – provádění potratů ve zdravotnických zařízeních (lékaři PP provedou čtvrtinu z celkového počtu interrupcí v USA).

## Nepřímá souvislost

Zástupci státu Indiana se u soudu hájili tím, že mají právo vyloučit organizaci Planned Parenthood

z financování Medicaid, protože mohou rozhodovat o tom, který poskytovatel péče je dostatečně kvalifikovaný. Soudkyně však argument odmítla s tím, že kvalifikaci nelze posuzovat na základě péče, jež s financováním z Medi-

caid přímo nesouvisí. Federální legislativa totiž zakazuje financovat z programu umělá přerušování těhotenství, výjimku tvoří případy, kdy bylo dítě počato při znásilnění, incestu nebo pokud těhotenství přímo ohrožuje ženin život.

Zákon přijatý v Indianě šel ještě dál – zakázal státním institucím uzavírat kontrakty s jakýmkoliv subjektem (kromě nemocnic), jenž provádí potraty nebo zřizuje zařízení, kde se interrupce provádějí, a zrušil smlouvy již uzavřené. Žalobu na legislativu podala kvůli údajnému porušení federálních zákonů sama organizace společně se dvěma pacientkami. Očekává se, že strana zastupující Indianu se odvolá a případ bude pokračovat před vyšší soudní instancí.

(Zdroj: New York Times)

(kha)

## BMA projednávala předpokládaný souhlas

Britská lékařská asociace (BMA) na svém sjezdu otevřela otázku předpokládaného souhlasu s dárcovstvím orgánů, který prosazuje od roku 1999.

Někteří členové BMA totiž souhlas zpochybnili s tím, že by mohl narušit důvěru mezi pacientem a lékařem. Zatím žádná ze zemí Velké Británie předpokládaný souhlas nepřijala. Odborníci si od něho slibují navýšení počtu dárců orgánů – těch má Británie výrazný nedostatek. Loni v zemi lékaři provedli více než 3700 transplantací, což sice představuje oproti roku předcházejícímu 5% navýšení, na čekacích listinách je nicméně zapsáno přibližně 8 tisíc pacientů.

## Ohrožení důvěry v lékaře

Jednou z lékařek, která systém předpokládaného souhlasu zpochybnuje, je Sharon Blackfordová. „Předpokládaný souhlas může zničit důvěru v lékaře. Pokud někdo leží na jednotce intenzivní péče, jeho rodina může mít pocit, že lékaři nedělají vše, co je v jejich silách, aby nemocného zachránili, protože jim jde o získání jeho orgánů,“ prohlásila doktorka Blackfordová a jako pří-

klad neefektivnosti souhlasu uvedla Španělsko, kde se ani po jeho přijetí v roce 1979 počet dárců orgánů výrazně nezvýšil. Většina delegátů sjezdu BMA nicméně tyto připomínky odmítla. „Každý den u nás umírají tři lidé, kteří čekají na nový orgán. A to je skutečně závažný problém. Systém se proto musí změnit,“ reagovala dr. Laura Turkenburgová.

(Zdroj: BBC)

(kha)



## V čele PGEU poprvé stojí žena

Na valné hromadě Evropského svazu lékárníků byla do funkce prezidenta pro rok 2012 zvolena Isabelle Adenotová.

První prezidentka ve dvaapadesátileté historii Evropského svazu lékárníků (Pharmaceutical Group of the European Union, PGEU) stojí od roku 2009 v čele Francouzské lékárnické komory. Letošní volba zohlednila skutečnost, že 75 % evropských lékárníků tvoří ženy.

### Posílení role lékárníků

Mezi priority ročního mandátu Isabelle Adenotové, který převeze v lednu 2012 od současného prezidenta PGEU Heinze-Güntera Wolfa, patří zejména zdůraznění a posílení úlohy lékárníka pro bezpečnost pacientů v oblastech, jako je farmakovigilance a ochrana před padělkami léčiv. Zároveň se zaměří na průzkum služeb, které jsou v evropských zemích poskytovány veřejnosti v lékárnách.

„Organizace a řízení zdravotnictví je plně v kompetenci národních vlád, ale evropský dohled v sektoru zdravotní péče stále vzrůstá. Úloha PGEU spočívá ve formování a prezentaci společné vize 400 tisíc lékárníků v Evropě. Vize o roli lékárníků v systému zdravotní péče – o roli, která se od výdeje léků stále více vyvíjí směrem k vysoce specializovaným činnostem integrovaným do primární péče,“ uvedla nově zvolená prezidentka. Současného

viceprezidenta PGEU a prezidenta České lékárnické komory Stanislava Havlíčka vystřídá v roce 2012 prezident polské Dolnoslezské komory farmaceutů Piotr Bohater.

### Spolupráce zlepšuje péči

Letošní výroční sympozium PGEU konané v Berlíně, jehož se zúčastnilo na 120 zástupců lékárníků z členských zemí EU, bylo věnováno především spolupráci všech zdravotníků v primární péči s důrazem na příležitosti pro lékárníky přispět k bezpečí pacientovy léčby a ke zvyšování kvality poskytované péče.

„Pro udržitelnost zdravotních systémů a zároveň pro zdraví Evropanů je důležitý především vývoj primární péče, která musí reagovat na rostoucí problémy v oblasti lékové terapie. Problémem je špatná spolupráce pacientů, zejména jejich malá ochota správně užívat léky, a zamezení nežádoucím účinkům. Farmaceutická praxe v Evropě reaguje na řešení těchto otázek rozvojem nových služeb. Naše sympozium především ukázalo, že systematictější spolupráce mezi zdravotníkem a farmaceuty zlepšuje péči o pacienta a šetří peníze na zdravotnictví,“ uvedl na sympoziu generální tajemník PGEU John Chave.

(Zdroj: PGEU)

(kha)

# AOK vyjednala slevy u cen léků

Německá všeobecná pojišťovna (AOK) se dlouhodobě projevuje jako obratný vyjednavatel s farmaceutickými firmami v oblasti cen a úhrad léčiv. Také letos tato instituce zveřejnila, že na další dvouleté období dosáhla výhodných smluv, které sníží úhrady desítek léčivých přípravků.

V SRN předpisy ponechávají na svazech pojišťoven, aby samostatně dojednaly s firmami tzv. rabat (slevy). Svaz zemských pojišťoven AOK patří při vyjednávání s farmaceutickými společnostmi i lékárnami k nejuspěšnějším, protože vystupuje za největší počet pojištěnců a firmy spoléhají na to, že i když ceny svých výrobků sníží, bude si je kupovat značně množství pacientů, což v důsledku přinese někdy větší zisk než vyšší cena, jež by mohla pacienty i pojišťovny odradit. Pokud navíc farmaceutické společnosti přistoupí na výraznější snížení cen, pojišťovny smejí u příslušných léků zrušit spoluúčast pacientů (poplatek za recept) – to bývá pro dodavatele přípravků opět výhodné, protože pacienti častěji volí lék bez spoluúčasti.

### Svoboda lékaře i pacienta

Od letošního června až do května 2013 tedy bude platit 30 nových

smluv AOK s dodavateli léčiv pro zhruba 80 přípravků, celkově má AOK přes 170 takovýchto smluv zajišťujících slevy u cen a tím i úhrad (ročně jde zhruba o čtyři miliardy eur v nákladech této pojišťovny). Díky očekávaným finančním úsporám (nové smlouvy mají za rok pomoci ušetřit stamilióny eur) mohla AOK svým pojištěncům začít plně hradit i některé další léky, jež si pacienti dříve hradili částečně sami.

Podle průzkumu mezi pojištěnci je 90 % pacientů úplně jedno, od kterých firmy jejich pojišťovna kupuje léky, avšak většina nemocných zároveň uvedla, že smlouvy zajišťující slevy jsou pro pacienty

velmi výhodné. Vedení AOK zároveň uvádí, že je maximálně zabezpečena jak svoboda lékaře při preskripci (má vždy dostatečný výběr mezi léčebnými alternativami), tak svoboda pacienta. Lékař může na recept napsat určitý lék či možnost jeho záměny v lékárně jen se souhlasem pacienta, nemocný má navíc právo v lékárně svůj názor změnit a po dohodě s lékárníkem zvolit jiný přípravek (například ne plně hrazený pojišťovnou). Lékaři jsou však obecně vázáni požadavkem, aby na prvním místě spolu s pacientem volili přípravky plně financované pojišťovnou.

(Zdroj: AOK)

Vladimíra Bošková

## Richter Gedeon posiluje pozice na trhu

Po roce plném akvizic se největší maďarská farmaceutická firma Richter Gedeon chystá upevňovat dobyté pozice a etablovat na západoevropském trhu. Pokud se však objeví příležitost k nákupu zajímavého produktu, společnost ji využije.

„Nemáme nyní žádné nové cíle ve střední Evropě ani mimo tento region,“ řekl generální ředitel společnosti Erik Bogšch. Dodal ovšem, že pokud se objeví dostatečně zajímavý produkt, společnost by do jeho výroby



Erik Bogšch

možná investovat. Hlavní cestou rozšiřování nabídky léků však bude nákup licencí, případně jejich výměna s obchodním partnerem. Firma, která letos slaví 110. výročí založení, na konci loňského roku dotáhla do úspěšného konce akvizice švýcarské firmy PregLem a německého Grünenthalu. Obě společnosti ji dohromady přijdou na 573,5 milionu eur. Vysoké výdaje vyvažuje loňský rekordní zisk ve výši 234,4 milionu eur, což znamená meziroční nárůst o 29,1 %. O 4,8 % se zvedly i tržby, které dosáhly nového maxima – 998,2 milionů eur.

Zmíněné akvizice mají podle Bogšche posílit pozici firmy v oblasti gynekologických produktů. Ty nyní

dvojky v gynekologických preparátech ve východní Evropě a v zemích Společenství nezávislých států.

Maďarská společnost zdůrazňuje, že není závislá na žádném zahraničním partnerovi. Největší podíl vlastní stát, a to 25,1 %. Domácí investoři drží 13,5 %, zahraniční pak 61,4 %, přičemž největší z nich mají v držení přibližně pět procent akcií.

Na otázku, jak vidí budoucnost farmacie, Erik Bogšch odpověděl jednoznačně: „Kdo brzy nebude mít biotechnologie, nebude vůbec.“ Firma proto v roce 2008 zahájila stavbu nové továrny v Debrecínu, která je doplněná výzkumným centrem v Budapešti. Do provozu by měla být uvedena v roce 2012. (red)

## Austrálie debatuje o odškodnění za vakcinaci

Australská vláda zvažuje zavést odškodnění pro lidi poškozené vedlejšími účinky očkovacích látek, jež je měly chránit.



Ilustrační foto: www.newsdogovnerlips.com

Požadavek na odškodnění za vážné zdravotní komplikace v důsledku očkování vznesla skupina epidemiologů v článku uveřejně-

ném v Medical Journal of Australia. Podle nich by lidé, kteří utrpěli závažné následky prokazatelně spojené s očkováním, neměli zů-

stat bez pomoci. „Žádný člověk, který byl poškozen, když se snažil chránit společnost, nemá čelit následkům svého zdravotního stavu sám,“ napsali dr. Heath Kelly, dr. Clare Lookerová a dr. David Isaacs v článku. „Společnost by takovým lidem měla být vděčná.“ Australská ministryně zdravotnictví Nicola Roxonová připustila, že její úřad je připraven návrh na odškodnění zvážit, jak ale dodala, nemůže slíbit, že vláda nakonec odškodnění zavede. „O něčem takovém už se hovoří celá léta, v současnosti však odškodnění není naší prioritou, která by se musela vyřešit v nejbližších dnech,“ komentovala návrh ministryně s tím, že obyvatel, kteří mají zdravotní problémy v důsledku vakcinace, je velmi málo.

(Zdroj: Ninemsn News)

(kha)

# Stop reformám!

Zásadní změnu systému schválili poslanci ve výboru pro zdravotnictví během jedné minuty. Přitom nevěděli, co schvalují. Co konkrétně bude standardem péče pro všechny, doposud není známo a má to být určeno později. Jak typický obraz odbornosti řízení naší společnosti!

Vládě premiéra Nečase podle průzkumů nevěří cca 80 % obyvatelstva. Přesto díky výsledku hlasování o důvěře v parlamentu bude zřejmě vládnout až do konce svého volebního období nebo minimálně do dalšího hlasování o důvěře. S tím se lze smířit. Avšak to, s čím se smířit nelze, je realizace reform, které se tato vláda chystá uskutečnit a které zásadním způsobem změní doposud zaběhnutý sociální systém. Tyto změny ovlivní život nejen nás, kteří v aktivním věku prožíváme funkční období této vlády, ale i našich dětí a možná i dalších generací, neboť změnit sociální systém je náročný úkol, který se nerealizuje často. A tak pro nás tato vláda připravuje důchodovou, zdravotní, sociální a daňovou reformu, která bude zřejmě platit po mnoho let.

## Jde o kvalitu, nikoli o rychlost

Pominu-li občanskou nedůvěryhodnost této vlády v důsledku mnohých afér jejích členů, nemohu pominout její odbornou nekompetentnost. Řada ministrů je naprostými laiky v odvětvích, jež řídí. Žádný z nich není odbornos-

tí ekonom a přitom chtějí realizovat ekonomické reformy. Jedním z mála nezpochybnitelných odborníků v čele svého resortu je ministr zdravotnictví Heger. A jak jsme slyšeli z projevu premiéra Nečase, právě tento ministr je často zmiňován a ohrožen plánovanými změnami ve vládě. Prý z důvodu nedostatečné rychlosti reformy zdravotnictví. Ano, tato vláda potřebuje spěchat s reformami. Neví, kdy vyplave na povrch další aféra, po které by už její existence byla neudržitelná. A také je zřejmé, že laikům, kteří nerozumí složitosti problematiky do potřebné hloubky, může tempo reform připadat pomalé. Ovšem tomu, kdo problému skutečně rozumí a dovede si domyslet veškeré důsledky jednotlivých řešení, jistě musí jít především o kvalitu reform, ne o jejich rychlost. V tom je mimo jiné rozdíl mezi politikem a odborníkem. Politici předkládají rychlá a jednoduchá řešení složitých problémů, které před nás dnešní svět staví. Jenomže tyto složité problémy nemají jednoduchá řešení.

Přitom nás nyní ministři přesvědčují o tom, že především musíme

řešit státní zadlužení, a proto je třeba činit mnohá úsporná opatření především v sociální oblasti, tedy na úkor těch nejslabších. Ale ono to zadlužení nevzniklo náraz. Načítá se za dlouhé období už od vzniku České republiky. Copak ti ministři, kteří seděli již v předchozích vládách a nyní nás přesvědčují o nutnosti úspory veřejných prostředků za každou cenu, tuto zhoršující se finanční situaci dříve neviděli?

## Absence předvídatosti

Ministr Kalousek, který se dnes staví do role hlavního bojovníka za snížení veřejného dluhu, k jeho nárůstu osobně významně přispěl, když jako ministr financí navrhl pro rok 2009 státní rozpočet se schodkem, který byl ve skutečnosti pětikrát vyšší. Jeho výrok ze závěru roku 2008, kdy už celý svět bojoval s finanční krizí, že „budeme ostrůvkem jistoty v moři nejistoty“, jistě potvrzuje absenci jakékoli ekonomické předvídatosti. Malá proexportní ekonomika, jako je ta naše, je přece mnohem více ovlivnitelná tím, co se děje okolo nás, než tím, co sami vymyslíme.

Absence předvídatosti je zkrátka neodpuštělným deficitem každého politika, ministra financí na prvním místě. Na naprosto nereálně naplánované příjmy státního rozpočtu byly nastaveny výdajové kapitoly jednotlivých ministerstev, a když se pak předpokládané příjmy nenaplnily a plánované výdaje byly utraceny, vznikl rekordní schodek státního rozpočtu. Samozřejmě se to svedlo na světovou krizi, avšak z velké míry byl tento schodek výsledkem subjektivní chyby, za niž nese odpovědnost právě ministr Kalousek. A tak pro nás tato vláda „rozpočtové zodpovědnosti“ (v mnoha případech si však její ministři v předchozích vládách počínali značně nezodpovědně) připravuje řadu reform, s nimiž většina obyvatelstva nesouhlasí, nesouhlasí s nimi ani odborná veřejnost a varují nás před nimi často i významné mezinárodní organizace (viz např. vyjádření MMF k návrhu důchodové reformy).

## Stále hlubší brázda

Obdobná je situace v přípravě zdravotnické reformy. Ta je hnána z úrovně vlády jediným kritériem a tím jsou úspory finančních prostředků vynakládaných na zdravotní péči. Nejde tedy o kritéria kvality zdravotní péče a její dostupnosti, ale pouze o aspekt finanční. A tak tedy budeme ve zdravotnictví šetřit za každou cenu.

Chystaná zdravotnická reforma má přinést zásadní změnu spočívající v tom, že si připlatíme za lepší péči. To je skutečně převrtný přístup rušící po mnoho desetiletí obecně platnou lidskou zásadu, že každý občan má nárok na léčbu v souladu s posledními poznatky lékařské vědy. Dozvídáme se, že tuto zásadní změnu systému poslanci ve výboru pro zdravotnictví schválili během jedné minuty. Přitom nevěděli, co schvalují. Co konkrétně bude tím základním standardem péče pro všechny, doposud není známo a má to být určeno později. Jak typický obraz odbornosti řízení naší společnosti! Tímto opatřením se však opět a dále rozrývá brázda v naší společnosti oddělující majetné od nemajetných. Z naší dříve velmi unitární společnosti se vytváří společnost velmi diferenciovaná podle úrovně příjmů a majetku, kdy ti majetnější budou mít mimo jiné lepší zdravotní péči, tím pádem i větší šanci na delší a kvalitnější život. A o tomto zásadním rozdělení společnosti rozhoduje (samozřejmě pokud to schválí parlament) vláda, které naprostá většina obyvatelstva nedůvěřuje.

## Obvyklá finta

Na druhé straně si prý nebudeme muset platit běžné plomby u zubaře. Ty se staly jakýmsi symbolem této reformy, a tak se pod tímto ústupkem vládě možná podaří prosadit jiná, pro občany mnohem nebezpečnější opatření, jako např. ony standardy péče. Řečem o tom, že základní péče bude vždy zadarmo, jistě nikdo nevěří. Tak třeba ve stomatologii – která jiná péče by měla být základnější než běžné plomby, přitom i o jejich úhradu se ve vládě vedou zásadní spory. Ostatně je to obvyklá vládní finta na občany. Vzpomeňme si na Topolánkovu vládu, která prosadila zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jehož hlavním mediálním bodem byla rovná daň. Na problém rovné daně se soustředila veškerá pozornost sdělovacích prostředků a už prakticky nikdo nezaznamenal, že tento zákon přinesl mimo jiné i tzv. horní zastropování zákonného pojistného, kvůli němuž do systému zdravotního pojištění nepřítečou prostředky, jež by sem bývaly přitekly. A tak se tato část uvedeného zákona stala zdrojem destabilizace veřejných rozpočtů, i když název zákona byl zcela opačný. Přitom o systému horního zastropování zdravotního pojištění dodnes mnoho občanů ani neví.

## Krátkodobá výhylnka

Ano, vláda, které většina obyvatelstva nedůvěřuje, by měla odstoupit. To však v našich politických poměrech jistě nikdo neočekává. Pokud tedy neodstoupí, neměla by připravovat žádné reformy, neboť k nim dnes nemá mandát. A odvolávat se na mandát vzniklý v parlamentních volbách také neobstojí. Vždyť volební výsledek nevyjadřoval rozložení voličské přízně ani v době, kdy se volby konaly. Tyto volby byly zásadním způsobem ovlivněny mediální kampaní v posledních cca dvou měsících před jejich konáním. Podle průzkumů volebních preferencí z období cca 2 měsíce před volbami většina obyvatelstva tíhla k levicovým politickým stranám. Měřeno z pohledu dvou hlavních politických stran představujících levice a pravici v Česku, tedy ČSSD a ODS, byly voličské preference do uvedené doby prakticky konstantní (necelých 30 % pro ČSSD a necelých 20 % pro ODS). Po mediální kampani proti ČSSD však obě obdržely prakticky stejné množství hlasů (něco přes 20 %) s tím, že lepší výsledek získala ČSSD. To jí však neumožnilo



Jedním z mála nezpochybnitelných odborníků v čele svého resortu je ministr zdravotnictví Heger. Přitom právě on je premiérem často zmiňován a ohrožen změnami ve vládě. Prý z důvodu nedostatečné rychlosti reformy zdravotnictví. | Foto: Profimedia

sestavit vládu, respektive umožnilo to prezidentovi, aby pověřil sestavením vlády jiného než vítěze voleb.

Měřeno v době po volbách se voličské preference opět ustálily v předvolebním poměru, tedy necelých 30% pro ČSSD a necelých 20% pro ODS. Tedy vidíme, že rozložení voličských preferen-

cí je prakticky konstantní, jen se pod tlakem mediální kampaně krátkodobě vychýlilo. A toto vychýlení zřejmě umožní současně vládě, aby s velkou pravděpodobností dokončila své funkční období, neboť poslanci si jsou jistě vědomi toho, že nové volby by již mnohým z nich křesla ve sněmovně nepřinesly.

### Krise demokracie

Nyní, kdy již ani naprostá nedůvěra obyvatelstva není důvodem pro odstoupení vlády, by pro tuto vládu každopádně měla být signálem, aby se soustředila jen na zajištění běžného chodu státu a nepouštěla se do zásadních reforem. Nemá k nim mandát. Řeči o tom, že všechny úsporné reformy jsou

nepopulární, neobstojí v porovnání s korupčními aférami ministrů Nečasova kabinetu za dobu jeho krátké existence. A tak jako vláda nemá důvěru lidí, nemají lidé důvěru ani v její reformy. Přesto je téměř jisté, že tyto reformy budou našimi zákonodárci schváleny. Tedy jasně vidíme současnou odtrženost politiky od obyvatel-

stva. A to žijeme v demokracii, tedy ve vládě lidu. Ale ona je to spíše krize demokracie samé.

V řadě oblastí společenského života jsou reformy nutné. Ale musí je realizovat vláda, jež má důvěru obyvatelstva, musí být zpracovány na potřebné odborné úrovni a musí nad nimi panovat veřejný konsenzus. **JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, ČSČ.**

## NÁZORY ČTENÁŘŮ WWW.ZDN.CZ

### Porušení práv pacientů přijde lékaře draho

#### Brmbrk

Co svět světem stál, vždycky platilo – kdo platí, ten poroučí, náš zákazník, náš pán. Někteří lékaři si dodnes neuvědomili, že komunismus skončil před dvaceti lety a že i ve zdravotnictví k tomu konečně dochází. Strach z toho, že pacienti mají mít nějaká práva, mohou mít dnes jen ti, kdo nemají čisté svědomí nebo z dosavadního nepořádku profitují. Pokřik některých hysterických jedinců z resortu o popravách lékařů je jen koloritem téhle změny. Pro nás všechny potenciální pacienti je to situace pozitivní.

Platíme si povinné pojištění, tak dostáváme do ruky kontrolní nástroje. Přesto to ale ještě není rovnoprávné postavení. Práva nás pacientů budou mnohdy v nevhodě proti erám placeným právníkům velkých nemocnic či profesních komor. A jak nám život ukazuje, většinou vítězí lepší právník. I tak je ale tenhle malý krůček pro pacienty velkým skokem ke svobodě a posunem Česka do civilizované společnosti.

#### 98

Rovnoprávnost nastane tehdy, až

budou zdravotní pojišťovny platit lékařům či zdravotnickým zařízením řádnou cenu nebo si lékař bude moci nezaplacený zbytek oficiálně přímo dovybrat. Rovnoprávnost bude, až se lékaři budou moci chránit před agresivními a prohanými pacienty. Rovnoprávnost není ekonomicky likvidační pokuta. Lékaři budou místo léčení pobíhat po soudech. Ale někomu se to zřejmě moc líbí. Inu, jsou mezi námi takoví ti „spravedliví“, co si rádi chladí záhu na těch, kteří jim pomáhají v nemoci a bolesti. Jen tak dál. Buzerace lékařů přijde pacienty

draho, protože je za chvíli nebude mít kdo léčit. Společenská situace lékařů se stává stále více neúnosnou. Starší lékaři to budou vzdávat a půjdou od válu, mladí půjdou dělat do ciziny. Možná se, pacienti, můžete začít léčit sami mezi sebou a taky se sami mezi sebou můžete navzájem žalovat. Budete mít, čemu teď tleskáte. Medicína je od své přirozenosti rizikové povolání, ale s přístupem pana Hegera se stává povoláním vyloženě nebezpečným. Pro pár „adrenaliňáků“ to může být zajímavé, rozumný člověk do toho už nepůjde. Moje děti mají zakázáno studovat medicínu a důvody, proč ji mají zakázanou, jsou v této zparchantělé společnosti vedené mafijánsky a kmotry stále větší a větší.

#### Anonymous

V této společnosti – urvi, co můžeš – nastavené na neustále žalování, stížnosti a závist je to cesta do pekla. Můžete být sebelepší lékař, ale jednou uděláte chybu (omyl) a pak budete při platu 30 tisíc měsíčně splácet milion dle zákona. Nezlobte se na mne, jsou i jiné cesty zrovnoprávnění vztahu než tato.

#### JO

Ono se dost zapomíná, že pacienti mají také povinnosti, přestože se stále více ohání svými právy. Pacienti svalují vinu na lékaře, i když si za komplikace mohou sami, např. nedodržováním léčebného režimu. Dnes si někdo přečte článek někde na internetu a už je chytřejší než lékař s 20letou praxí.

Inzerce 101022508

Při příležitosti 110. výročí založení společnosti Richter Gedeon vyhlášíme výzkumný grant v oblasti studia a léčby bolesti

sponzor: Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.

Výše grantu: 110.000,- Kč

Téma: Průlomová bolest onkologického i neonkologického původu

Typ grantu: epidemiologická studie / situační analýza

Cíl: podpora českých lékařů ve výzkumné a publikační činnosti v oblasti diagnostiky a léčby bolesti

Vyhlášení: červen 2011  
Uzávěrky přihlášek: 31. 8. 2011  
Vyhodnocení a přidělení: do 30. 9. 2011  
Trvání studie: 1 rok od zahájení

Zadatel: občan České republiky, lékař, s klinickou praxí min. 3 roky, věkově do 45 let (datum narození ne dřív než 31. 7. 1966), v zaměstnanecké pozici, pracující na pracovišti, které je schopno poskytnout potřebné zázemí a základní vybá-

vení pro provedení grantu (za adekvátní finanční kompenzaci z části grantu)

Kriteria pro výběr: Komplexnost přihlášené práce, posouzení sociální a vědecké hodnoty práce odbornou komisí, kvality navržené metodiky (testování hypotéz je preferováno před empirickým sběrem dat), inovativní myšlenky i v případě že existuje riziko neúspěchu.

Kvalita výzkumného plánu: Jasně definované primární a sekundární cíle práce, plán a metodika by měla směřovat

k jasným závěrům či odpovědím na otázky stanovené v cílech, s relevancí ve vztahu ke stanovenému časovému a finančnímu rámci.

Profil aplikanta – praxe, školení, kurzy, vlastní publikace, příp. doporučení nadřízeného.

Přihlášky s popisem projektu ve formátu:

Profil aplikanta, Název/Téma, Cíle, Metodika, Formát závěrů, Rámcový rozpočet, Časový rozvrh  
zasílejte na adresu: [info@richtergedeon.cz](mailto:info@richtergedeon.cz)



RICHTER GEDEON

110 let tradice

# Spinální jednotka – návrat do života

Spinální jednotky, pracoviště specializovaná na léčení úrazů páteře a míchy v rámci většího zdravotního zařízení, skýtají největší šanci na minimalizaci následků poranění. Jedna z nich sídlí v pražském Motole.

V České republice ročně dochází průměrně k 250 novým případům poškození míchy. Čtyři pětiny míšních lézí jsou důsledky úrazů, způsobeny bývají zejména při autonehodách nebo při sportu. Zbývající část akutně vzniklých lézí vzniká na podkladě cévního, zánětlivého, nádorového či demyelinizačního onemocnění. Většinu pacientů s poškozením míchy tvoří mladí lidé, nejčastěji muži.

## Klíčový první rok

V České republice existuje velmi dobře fungující systém péče o spinální pacienty v prvním roce po zranění. Bezprostředně po úrazu s poškozením páteře a míchy je pacient transportován na spondylo-

chirurgické pracoviště, kde je proveden urgentní operační zákrok. Specializované oddělení je v Česku jen jedno, právě v motolské fakultní nemocnici. Pracoviště, která se zabývají operativou páteře, je u nás celkem 18. Operační výkon spočívá v první řadě v dekompresi, následuje stabilizace páteře.

Po stabilizaci vitálních funkcí (stabilní krevní oběh a spontánní dýchání), nejčastěji v prvních dvou týdnech po úrazu, je pacient přeložen na spádovou spinální jednotku. Zde pokračuje léčebná a ošetrovatelská péče, řeší se různé zdravotní komplikace a nastavují režimy močení, vyprazdňování a podobně, ale především zde probíhá intenzivní rehabilitace – fyzioterapie a ergoterapie. Při

dostačující kapacitě jednotky hospitalizují také nemocné se zhoršeným zdravotním stavem vlivem nejrůznějších zdravotních komplikací i po delší době od vzniku míšního poškození. Indikací k hospitalizaci na spinální jednotce bývá také plánovaný operační výkon. Součástí jednotek jsou i odborné spinální ambulance zajišťující ambulantní péči o pacienty s poškozením míchy a jejich dispenzarizaci.

Spinálních jednotek je v ČR celkem pět – dvě paralelně v Brně (v Úrazové nemocnici Brno a při ortopedickém oddělení Fakultní nemocnice Brno v Bohunicích), při Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice Ostrava, při Traumaticentru Krajské nemocnice Liberec a jako součást Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole.

Po dvou až třech měsících, kdy je zdravotní stav zcela stabilizován, je pacient překládán na rehabilitační spinální jednotku v rehabilitačním ústavu, kde pokračuje v intenzivní rehabilitaci po dobu dalších 4–5 měsíců. Rehabilitační spinální jednotka je zřízena v re-

habilitačních ústavech v Kladru-  
bech, Hrabyni a v Hamzově odbor-  
né léčebně v Luži-Košumberku.

## Jsmo tu pro čtvrtinu republiky

Spinální jednotka při klinice re-  
habilitace v Motole byla otevře-  
na v roce 2004, umístěna je přímo  
v hlavní budově nemocnice. Její  
spádovým územím je hlavní město  
Praha, Středočeský, Plzeňský a  
Karlovarský kraj. Spondylo-  
chirurgií na tomto území je šest,  
pět v Praze a jedna v Plzni. „Naši  
spádovou oblast tvoří čtvrtina re-  
publiky. O něco menší spádovost  
a méně akutních pacientů má Li-  
berec. Máme 60–70 nových přípa-  
dů ročně, Ostrava má o něco více,“

shrnuje primář motolské spinální  
jednotky MUDr. Jiří Kříž. Její lůž-  
ková kapacita činí celkem 16 lůž-  
ček. Součástí zdravotnického tý-  
mu jsou 4 lékaři, 6 fyzioterapeutů,  
1 ergoterapeutka, 12 sester, 4 sani-  
táři, sociální pracovníce a pracov-  
ník spirituální péče. Velmi důleži-  
té je tu zajištění interdisciplinární  
péče specialistů dalších oborů,  
protože pacienti v subakutním  
stadiu po poškození míchy často  
trpí různými interními, neurolo-  
gickými, urologickými nebo chi-  
rurgickými komplikacemi.

Spinální jednotka v Motole je ve-  
lmi specifická v tom, že je součás-  
tí rehabilitační kliniky, všechny  
ostatní „spinálky“ jsou začleněny  
pod chirurgické obory. Primář Kříž  
považuje „motolský“ systém za vý-  
hodnější. „Lékaři, kteří pracují na  
ostatních spinálních jednotkách,  
jsou většinou chirurgové, kdežto  
naši lékaři mají rehabilitační  
atestaci. Jsou přítomni přímo ta-

dy na oddělení celý den a mohou  
se plně věnovat svým pacientům.  
Když spinální jednotka spadá pod  
chirurgii, chirurg je většinu dne  
na sále a není na oddělení přito-  
men. Model, který máme my, se  
pokoušíme přenést i na další spi-  
nální jednotky. Lékař je tu prostě  
potřeba. Nemocní u nás často vy-  
žadují akutní péči. Máme moni-  
torovaná lůžka, na kterých jsou  
pacienti bezprostředně po překla-  
du z ARO, po operačním výkonu  
nebo v akutním septickém stavu.  
Nezřídka mají zavedenou tracheo-  
stomickou kanylu, potřebují kyslík,  
pravidelně odsávat dýchací  
cesty. Musejí ale spontánně venti-  
lovat, protože na oddělení nemá-  
me ventilátory.“

Primář Kříž ostatně zná situa-  
ci perfektně i ze strany pacienta,  
sám je už devět let tetraplegik.

## Všichni se na něj vrhneme

„Tady se dostanete do všech obo-  
rů medicíny dohromady. Jsou tu  
různé akutní stavy, infekce, na-  
příklad bronchopneumonie nebo  
urologické infekce. Do toho by pa-  
cient měl intenzivně rehabilito-  
vat. Jakmile je k nám přeložen,  
všichni se na něj vrhneme,“ po-  
pisuje doktor Kříž.

Pacienti mají dvakrát denně in-  
dividuální léčebnou tělesnou vý-  
chovu s fyzioterapeutem, hodinu  
dopoledne, hodinu odpoledne;  
minimálně hodinu je s nimi ta-  
ké ergoterapeutka. Další cvičení  
probíhají na různých přístrojích  
ve dvou tělocvičnách i na chodbě  
oddělení, například na MOTOme-  
du. Při vertikalizaci se snaží zvyk-  
nout si na polohu vsedě. „Speci-  
álně tetraplegici trpí chronickou



Vlevo pacient provádí cyklický pohyb dolních končetin na přístroji MOTOmed, zprava jej sleduje primář Jiří Kříž.



MUDr. Kříž zná situaci velmi dobře i z druhé strany, sám je už devět let tetraplegik.



Pacient pod vedením fyzioterapeutky Mgr. Zuzky Hlinkové provádí funkční dynamickou stabilizaci pletence ramenního s využitím pomůcky Flexi-bar.



Výztuže používané při operacích páteře

hypotenzí, a pokud byste je rychle posadili, zkolabují. Ty dva měsíce, které tady jsou, slouží i k tomu, aby tolerovali polohu v sedě. Máme vertikalizační stoly, na nich pacienta zvedáme až do devadesáti stupňů.“

Ergoterapeutka denně učí pacienty využívat zbylý potenciál k tomu, aby byli schopni zvládat všechny běžné denní činnosti. Je přítomna při ranní hygieně, oblékání, jídle, polohování či přesunech. Vybírá i vhodné kompenzační pomůcky. Úkony spojené s péčí o pacienty leží hlavně na bedrech sestřiček, speciálně u pacientů, kteří mají vysokou míšňí lézi. Ti nejsou schopni se na lůžku jakkoli pohybovat. Pokud by je sestry každé tři hodiny nepolohovaly, velmi brzy by se proleželi. Dekubit se pak hojí i déle než tři měsíce.

„Smyslem toho, proč jsou tady, je vyřešit všechny komplikace, nastavit léčbu a samozřejmě intenzivně cvičit. Jakmile je pacient připraven na následnou rehabilitaci, může být přeložen do rehabilitačního ústavu,“ shrnuje primář Kříž.

### Péče o duši

Představa primáře, jak by měla vypadat psychologická péče o jeho pacienty, někdy není úplně shodná s představou psychologů. „K psychologovi přijde pacient, když má nějaký problém. Tady je to obráceně – psycholog chodí za pacientem a snaží se jej provést průběhem jeho stavu. Pacient to často odmítá, myslí si, že to nepotřebuje. Psycholog tady musí aktivně nastavit spolupráci. Nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou a celým ošetřovatelským týmem, protože na nás to samozřejmě také doléhá. Dojdete za někým a pře-

mluvte ho, aby s vámi mluvil. Nejde jen o vzdělání, ale i o empatii, o to, co má člověk za sebou a jakou má autoritu. Pacient okamžitě vycítí váhavost – stačí i jedna věta – a na psychologovi si smlsne. Sám mám s psychology trochu problém. Měl jsem tu jednu šikovnou psychologičku, která zvládala komunikaci s pacienty. Jednou mi ale volala, že nemůže přijít do práce, protože se na to necítí a musí si odpočinout. Tohle není o tom, jestli jste tu na sedmou, ale jestli těm lidem můžete něco dát,“ vysvětluje primář Kříž, proč v týmu motolské spinálky momentálně žádný psycholog není.

Před dvěma lety začala v Motole fungovat spirituální péče. „Zpočátku jsme se báli, aby jejich přístup nebyl příliš religiózní. A navíc – představte si, že někdo otevře dveře a řekne: ‚Dobrý den, já jsem duchovní.‘ Reakcí pacienta zpravidla bývá zvolání, že ještě nechce umřít. Před rokem a půl k nám ovšem začal docházet pan kaplan Vítězslav Vurst, který dlouhou dobu vedl organizaci ADRA a má zkušenosti s krizovou intervencí. Umí s pacienty hovořit a umí jim naslouchat. Vyzařuje z něj klid a má přirozenou autoritu. Zdaleka ne každý je věřící, ale působení kaplana Vursta je o duši, ne o duchovnu. To je přesně to, o co nám tu jde. Tahle spolupráce proto funguje velmi dobře,“ hodnotí kaplanovo působení primář Kříž.

### Viděl jsem hned, o co jde

Jiří Kříž vystudoval 3. lékařskou fakultu UK, pracoval na ortopedickém oddělení Nemocnice Pelhřimov, na Ortopedicko-traumatologické klinice 3. LF UK a FN Královské Vinohrady a na soukromém ortopedickém pracovišti

ve Vysočanech. V roce 2002 si však na lyžích způsobil zlomeninu krčních obratlů s poškozením míchy a následnou tetraplegii: „Na Lysé hoře jsem na nových lyžích trefil strom. Viděl jsem hned, o co jde, asistoval jsem při několika operacích páteře. Pochopil jsem, že mám zlomenou krční páteř a poraněnou míchu. Lidem, kteří mě pod stromem našli, jsem řekl, že mají zavolat horskou službu a ať s sebou vezmou krční límec. Tak jako nikdo neví, jak to dopadne, ani já to nevěděl. Měl jsem představu, že budu zdravý. Trvalo mi několik měsíců, než jsem pochopil, že ten stav je definitivní. I když člověk ví, co se děje, stejně tomu nevěří. Přesvědčoval jsem lidi v okolí, že budu chodit,

a manželka nevěděla, co si o tom má myslet. Neustále jsem ji přesvědčoval, že to bude v pořádku, ale ona měla jiné informace,“ popisuje první okamžiky.

„Po půlroce či třičtvrtěroce, který strávíte v rehabilitačních ústavech, je nejtěžší přechod domů. To je asi ten nejhorší propad. Člověk se vrátí do domácího prostředí, které často není upravené, a musí se naučit tam fungovat. Bezprostředně po úrazu, když jsem ležel v brněnské Úrazové nemocnici, manželka sebrala děti a odstěhovala se s nimi za mnou do Brna. Pak mě převezli do rehabilitačního ústavu, ona mezitím stihla porodit syna a vzala zase děti, teď už tři, a jeli za mnou do Košumberku, kde si pronajala domek. Takže

jsme byli pořád spolu. Mezitím zařídila úpravu bytu v Praze, přistavovali jsme a postavili výtah. Ona má výdrž. S těmi úpravami začala už tři týdny po mém úrazu, aby bylo všechno připravené, ať už to se mnou dopadne jakkoli.“

Již po roce se doktor Kříž vrátil na ortopedickou ambulanci a začal pracovat pro Centrum Paraple. Od roku 2004 je primářem motolské spinální jednotky. Je předsedou České společnosti pro míšňí léze ČLS JEP a předsedou správní rady nadace Pohyb bez pomoci. V roce 2010 byl za dlouhodobou pomoc paraplegikům v České republice vyznamenán Cenou Olgy Havlové. Je ženatý a má tři děti. Ve volném čase se věnuje rodině, sportu a hře na trombon. **Jana Jílková**



# Diabetem trpí více dospělých, než se předpokládalo

Počet dospělých nemocných diabetem se za posledních 30 let zdvojnásobil. Jejich počet překonal i očekávání odborníků.



Ze studie uveřejněné v časopise Lancet, již vypracoval mezinárodní tým odborníků spolupracující se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), vyplývá, že v žádném z regionů světa nedošlo v posledních 30 letech ke snížení počtu pacientů s diabetem; v nejlépeším případě tento počet zůstal stejný.

## Běžné onemocnění

Podle zprávy je skutečný počet diabetiků ve světě mnohem vyšší, než předpokládaly dřívější výzkumy. Ty počítaly s 285 miliony nemocných. Nová studie však odhalila 347 milionů lidí s diabetem – 138 milionů jich žije v Číně a Indii, dalších 36 milionů pak v Rusku a Spojených státech. Nejčastěj-

ší je diabetes 2. typu, jenž souvisí mimo jiné s nezdravým způsobem života a obezitou.

„Diabetes se stává běžnou nemocí prakticky všude na světě,“ uvádí jeden z hlavních autorů výzkumu Majid Ezzati z londýnské Britáin's Imperial College. „Pokud se nám nepodaří vyvinout účinnější programy pro včasné odhalování pacientů se zvýšenou hladinou cukru v krvi a nepomůžeme jim změnit jejich životní styl, bude diabetes nezadržitelně postupovat a stane se hlavní zátěží pro zdravotnické systémy.“

## Největší studie v historii

Odborníci připisují diabetu a komplikacím s ním spojeným až 3 miliony obětí ročně. Autoři studie nicméně upozorňují, že s tím, jak narůstá počet pacientů s tímto onemocněním, bude v budou-

nu s největší pravděpodobností růst i počet obětí, a to i přesto, že preparáty spojené s léčbou diabetu představují na farmaceutickém trhu rostoucí skupinu léčiv. Jen za minulý rok dosáhly tržby za ně 35 miliard dolarů. Do roku 2015 by tato částka mohla narůst až na 48 miliard.

Autoři studie uveřejněné v Lancetu, jež je největším výzkumem zaměřeným na diabetes, analyzovali údaje (především hladinu glukózy v krvi) získané od 2,7 milionu lidí z celého světa starších 25 let. Pomocí statistických metod pak stanovili prevalenci onemocnění v populaci. Mezi lety 1980 a 2008 narostl počet diabetiků ze 153 na 347 milionů. Ze 70 % za tímto skokem stojí stárnutí a nárůst populace. Nejhorší situace v počtu nových případů onemocnění je v současnosti v pacifické oblasti, například na Marshallových ostrovech trpí diabetem plná třetina žen a čtvrtina mužů. Při porovnání bohatých států „vedou“ v nárůstu počtu nových pacientů Spojené státy.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

# Léky na ADHD nezvyšují riziko úmrtí na kardiovaskulární choroby

Tvrzení, která se v minulosti objevovala a která spojovala užívání léků na ADHD se zvýšeným rizikem smrti v důsledku kardiovaskulárních onemocnění u dětí a dospívajících, nyní vyvrátili pensylvánští vědci.

Studie, jejíž závěry publikoval časopis Pediatrics a která probíhala na Pensylvánské univerzitě, prokázala, že u dětí užívajících léky kvůli poruše pozornosti spojené s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) neexistuje v porovnání s ostatními dětmi vyšší pravdě-

podobnost, že zemřou na kardiovaskulární chorobu.

## Čtvrt milionu záznamů

Ve Spojených státech užívá kvůli ADHD léky asi 2,7 milionu dětí (necelých 5 %). V souvislosti s těmito léčivými se však objevily studie, které je spojovaly se zvýše-

ným rizikem vysokého krevního tlaku u dětí, srdečního infarktu či mrtvice. Tým vědců pod vedením Seana Hennessyho se proto zaměřil na porovnávání lékařských záznamů přibližně 250 tisíc dětí ve věku 3 až 17 let, které léky na ADHD užívají, a kontrolní skupiny stejně starých dětí, jež žádné léky neužívají.

Analýzy ukázaly, že ve skupině dětí s léky na ADHD dosáhla incidence náhlého úmrtí 1,79 na 10 tisíc dětí za rok, u kontrolní skupiny pak 3 na 10 tisíc za rok. Zatímco v první skupině nebyla jako příčina smrti zjištěna kardiovaskulární choroba v žádném případě úmrtí, u kontrolní skupiny vědci zjistili 11 případů smrti v důsledku kardiovaskulární choroby.

„Jak se ukázalo, rodiče by se neměli nechat odradit zprávami, že léky užívané při ADHD ohrožují životy jejich potomků, a měli by dětem s touto poruchou léčbu poskytnout,“ uzavírá dr. Hennessy.

(Zdroj: Medical News Today)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

# SMS jako nástroj pro odvykání kouření

SMS zprávy s povzbuzujícím obsahem mohou výrazně pomoci v odvykání kouření. Vyplývá to ze studie uveřejněné v časopise Lancet.



Ilustrační foto: Shutterstock

výzkumu zasílali dobrovolníkům 5 zpráv denně, zbylých 26 týdnů pak 3 týdně. Pokud účastníci potřebovali, mohli sami zaslat SMS zpět v případě, že se například vrátili ke kouření nebo si nevěděli rady s abstinenčními příznaky. Po uplynutí 6 měsíců byl u všech lidí zapojených do studie proveden test na přítomnost kotininu ve slinách. Z výsledků vyplynulo, že ve skupině dostávající podpůrné SMS zprávy přestalo kouřit 10,7% účastníků, ve druhé skupině pak jen 4,9%.

„Lidé popisovali systém podpůrných SMS, jako by to byl přítel, který je povzbuzuje, nebo takový anděl sedící jim na rameni, jenž jim pomáhá odolávat pokušení sáhnout po cigaretech,“ uvedla vedoucí studie dr. Caroline Freeová z London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Podle statistik Světové zdravotnické organizace (WHO) zemře ve světě každý rok na následky kouření téměř 6 milionů lidí. Nejvíce obětí je v rozvojových zemích.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Její autoři proto doporučují, aby se takovéto „textovky“ začlenily do podpůrných programů pro odvykání kouření.

## 11% úspěch

Výzkum se zaměřil na 5800 britských kuřáků, kteří deklarovali, že by se svým zlovykem rádi skončili. Po dobu 6 měsíců tým vědců zasílal 2915 z nich podpůrné SMS zprávy, druhá skupina pak dostávala pouze zprávy s poděkováním, že se studie účastní. Prvních 5 týdnů autoři

# konference

nejen PRO PEDIATRY  
A DĚTSKÉ SESTRY

7. 10. 2011 Praha, Top Hotel  
[www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

Přijďte se seznámit  
s novými poznatky  
v oboru.

## Sekce lékařů:

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

9.00 - 9.45

9.45 - 10.00

10.00 - 10.30

registrace

úvodní slovo

**Aktuální problematika péče o extrémně nezralé novorozence**

- prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

**Následná péče o perinatálně ohrožené děti** - doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.

oběd

10.30 - 11.00

11.00 - 12.00

12.00 - 12.40

12.40 - 13.30

13.30 - 14.00

14.00 - 14.30

14.30 - 15.00

15.00 - 15.30

**Specifika výživy nejen předčasně narozených dětí** - MUDr. Petr Tláškal, CSc.

**Aktuální problémy v očkování** - doc. MUDr. Petr Pazdíora, CSc.

přestávka

**Infekční nemoci v dětském věku** - MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

**Aktuální problémy v dermatologii** - prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

předávání certifikátů

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

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

## Sekce sester:

Odborný garant: MUDr. Petr Kašpar

8.00 - 8.45

8.45 - 9.00

9.00 - 9.40

9.40 - 10.10

10.10 - 11.40

11.40 - 12.20

12.20 - 13.20

13.20 - 14.50

14.50 - 15.50

15.50 - 16.30

registrace

úvodní slovo

**Vývoj psychomotoriky v postnatálním období** - MUDr. Martina Kašparová

přestávka

**Jak včas rozpoznat patologie ve vývoji dítěte** - PhDr. Tereza Nováková, Ph.D.

**Biopsychosociální potřeby dítěte** - MUDr. Petr Kašpar

oběd

**Riziko vzniku úrazů dětí a vybrané neodkladné stavy** - Martina Eliášová

**Praktická KPR u novorozence a dítěte\*** - Martina Eliášová

předávání certifikátů

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

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

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

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

**MEDICAL  
SERVICES**

Postgraduální  
medicína

ZDRAVOTNICKÉ  
NOVINY

Sestra



# První konference Neuropsychiatrického fóra

Ve dnech 24.–25. června proběhla v Kaiserštejnském paláci v Praze první konference Neuropsychiatrického fóra. Setkání bylo zaměřeno na aktivní výměnu zkušeností, diskuse a interaktivní duely, při nichž byla jednotlivá témata nahlížena z odlišných pohledů, nejčastěji očima neurologa a psychiatra.

Akce se zaměřila na širokou škálu onemocnění – afektivní a psychotické poruchy, problematiku demence, bolest, epileptologii, funkční neurochirurgii, psychogenní a somatoformní poruchy pohybu, poruchy spánku, psychiatrické komplikace neurologických onemocnění, diferenciální diagnostiku poruch vědomí, extrapyramidová onemocnění, poruchy chování, klinickou a experimentální neurofyziologii, psychofarmakologii a další. Vedle přednášek věnujících se vybrané problematice stojí za zmínku právě interaktivní duely, které se týkaly například otázky managementu léčby a péče o pacienty s psychotickými poruchami či pohled na emoce z hlediska filozofa a psychiatra. Na konferenci zazněly také zajímavé kazuistiky.

## Duel: Komunitní vs. institucionální péče

MUDr. Filip Španiel, Ph.D., a MUDr. Pavel Doubek z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha ve svém interaktivním duelu zahráli roli „zarytého“ zastánce komunitní péče a „konzervativního“ psychiatra podporujícího nutnost hospitalizace. Z pohledu zastánce komunitní péče je institucionální péče (dlouhodobé pobyty v psychiatrických léčebnách) zastaralá a nevhodná. Psychiatrická léčba by se měla ubírat směrem ke komunitní péči, kterou doporučuje Světová zdravotnická organizace. „Naše psychiatrická péče je založena na lůžkové péči, přičemž stoupá doba hospitalizace. Ošetřovácí doba dnes u schizofrenie trvá v průměru 114 dnů ročně a stále se prodlužuje. Kde se to zastaví?“ položil otázku Filip Španiel. „Budou hospitalizace trvat celý rok? Celý život?“ zmiňuje s nadsázkou. „Problém je v tom, že máme rádi instituce. Celých 56 procent výdajů na psychiatrii jde na vrub lůžkové péči, to nemá v rámci Evropské unie obdoby. Vývoj sítě psychiatrických nemocnic má u nás klesající trend, akutní lůž-



**Organizační výbor NPF – 1. řada (zleva): Stefan Raev, Petr Dušek, Michal Raszka, Vladimír Kmoch; 2. řada (zleva): Filip Růžička, Ondřej Fiala, Alexander Nawka.** | Foto: archiv pořadatelů

ka jsou redukována. V současnosti je jich k dispozici asi 1500, oproti lůžkům v léčebnách, kterých je kolem 10 tisíc. Máme jen 5 krizových týmů, 22 stacionářů, méně než 100 chráněných bydlení. Psychiatrická hospitalizace je nejdražší hospitalizací v celé medicíně,“ vyčíslil MUDr. Španiel.

MUDr. Doubek (jakožto reprezentant staré školy) hravě kontroval: „S doktorem Španielem nesouhlasím, je to demagogické. Prospěch deinstitucionalizace je ničím nepodložený mýtus,“ zahájil svůj oponentský příspěvek Pavel Doubek. „Nikdy se neprokázalo, že deinstitucionalizace přinese snížení nákladů a zvýšení kvality života. Navíc má tento proces svá úskalí vyplývající z tendence prohlásit duševně nemocné za primárně právně odpovědné a přesunout je do vězení. Z řady pacientů s psychózou, o něž není pečováno, se rekrutují bezdomovci, pacienti pak cirkulují mezi hospitalizací, odchodem, vysazením léčby a no-

vou hospitalizací. Psychiatrické léčebny představují vyvážený systém, který funguje při selhání ambulantní péče a poskytuje také péči pacientům s duální diagnózou, jako jsou například psychózy s abúzem psychoaktivních látek, dobře se uplatňuje u pacientů hrozících sebevraždou a realizuje též nedobrovolné a forenzní hospitalizace.“

MUDr. Španiel to komentoval slovy, že nic v medicíně není účinnější a současně levnější, protože náklady na léčbu obecně rostou. Obavy z bezdomovectví jsou podle něj zbytečné, pokud se současně s rušením léčeben buduje komunitní systém tak, jako tomu bylo v Itálii, kde dnes léčebny neexistují a s modelem komunitní péče jsou spokojeni. Podle Filipa Španiela je největší herezí v české psychiatrii, když chce někdo zavírat léčebny. Dodal, že mnoho nadšenců, kteří usilovali o rozvoj komunitní péče u nás, dnes po mnohaletých bojích cítí marnost

a vyhoření... Celý duel byl veden v duchu mírné nadsázky, nicméně svůj účel splnil. Následně se rozvinula velice živá diskuse na dané téma, do které se zapojilo mnoho posluchačů.

## Neepileptické psychogenní záchvaty a psychogenní poruchy hybnosti

Několik přednášek bylo věnováno diferenciální diagnostice epileptických a neepileptických psychogenních záchvatů (PNES). K tomuto tématu se vyjádřili neurologové doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc., MUDr. Michal Bahaček a MUDr. Tomáš Nežádal z Epileptologického a neuropsychiatrického centra Nemocnice Na Františku v Praze a psychiatr MUDr. Michal Raszka z Psychiatrického centra Praha. Pacienti s PNES tvoří asi pětinu nemocných sledovaných v epileptologických centrech a jsou často neadekvátně léčeni.

Odlišení PNES od epileptických záchvatů může být obtížné pro

dramatickou „epileptickou“ semiologii, abnormální interiktální EEG a morfologický nále. Metodou volby v takových případech je video-EEG monitorování, někdy s užitím sugestivní provokace záchvatů. U pacientů s PNES také bývá zaznamenáváno vysoké procento psychiatrické komorbidity (deprese, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti).

Problematiku psychogenních poruch hybnosti, jejich diagnostiku a přístup k pacientovi, přehledně prezentovali a diskutovali prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc., a doc. MUDr. Jan Roth, CSc., z Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha.

Jak u pacientů s PNES, tak u pacientů s psychogenní poruchou hybnosti je na místě mezioborová spolupráce neurologa, psychiatra, psychologa a psychoterapeuta – problém je tak jednou z výzev i pro Neuropsychiatrické fórum.

## Význam funkční neurochirurgie a dalších neuromodulačních metod

Prostor byl na konferenci dán též uplatnění různých neuromodulačních metod a funkční neurochirurgie v neurologii a psychiatrii. O možnostech využití neurostimulace v léčbě farmakorezistentní deprese pohovořil doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D., z Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno. V historickém přehledu léčby duševních onemocnění se zmínil například o dnes již vyvrácené hypotéze neslučitelnosti epilepsie a duševní poruchy, na jejímž podkladě se aplikovaly různé obskurní metody (například podávání odvaru z čemeřice či pokládání rejnoka na hlavu), které u nemocného měly vyvolat horečku či záchvat za účelem zlepšení duševní poruchy. „I přes rozsáhlý vývoj farmakoterapie není léčba deprese uspokojivá a opakované depresivní epizody vedou k nárůstu farmakorezistence,“ řekl MUDr. Příkryl a doplnil, že současné metody jako repetitivní transkraniální magnetická rezonance (rTMS), magnetická konvulzivní terapie (MST), stimulace nervu vagu (VNS) či hluboká mozková stimulace (DBS) jsou nejen nadějnou léčebnou alternativou farmakorezistentní deprese, ale díky svým charakteristikám jsou lépe přijímané pacienty a umožňují překonávat stigma spojené s bývalými praktikami lobotomie a elektrokonvulzivní terapie (ECT). V současnosti již využívaná metoda rTMS probíhá bez nutnosti vyvolání záchvatu a bez anestezie. Oproti ECT má méně nežádoucích účinků.



## ODBORNÉ AKCE

Využití hluboké mozkové stimulace (DBS) se podrobněji věnovali doc. MUDr. Robert Jech, Ph.D., z Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha a prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., z Psychiatrického centra Praha. V oblasti neurologie se DBS stala po vyčerpání farmakologických možností již standardní terapeutickou metodou pro některé pacienty s Parkinsonovou nemocí, dystonií a třesem. Na větší využití DBS v psychiatrických indikacích se stále čeká a v této souvislosti probíhá intenzivní výzkum.

V rámci přednášek týkajících se bolesti a její terapie demonstroval přední neurochirurg MUDr. Jan Klenner z neurochirurgického oddělení Nemocnice Na Homolce metodu mikrovaskulární dekomprese a její význam v terapii neuralgie trigeminu, která se projevuje záchvaty velmi intenzivních až nesnesitelných šlehavých bolestí v oblasti tváře. U některých pacientů může hrozit i riziko suicidia. Nejčastější příčinou je komprese nervu senzitivně zásobující obličej po výstupu z mozkového kmene přilehlou cévní kličkou. Operace se provádí s minimálního přístupu „klíčovou dírkou“ do

mostomozožkového koutu a jejím principem je oddálení cévy od kmene nervu. Přednášející demonstroval vysokou úspěšnost a bezpečnost tohoto výkonu.

### Otazníky kolem diagnostiky a léčby demence

Alzheimerova choroba je dalším onemocněním, se kterým se ve své praxi setkává jak neurolog, tak psychiatr. V současné době se udává celosvětová prevalence 35 milionů pacientů, výskyt má navíc zejména v souvislosti se stárnutím populace vzestupný trend a v roce 2050 jí bude podle odhadů trpět již 115 milionů lidí. Snahou lékařů a vědců je nalézt účinné léky či vakcíny, jež by zabránily jejímu vzniku nebo zpomalily progresi tohoto onemocnění, které je velkou zátěží jak pro rodinné příslušníky, tak pro sociální systém.

„Prakticky všechny dosavadní nadějně molekuly, do jejichž vývoje se investovaly miliardy dolarů, v klinickém zkoušení selhaly. Výzkumníci si pokládají otázku, zda se jednalo o špatný výběr molekul, špatný design studií či jsou nastavena špatná kritéria pro tu-

to nemoc. Každopádně kolem léčby a prevence Alzheimerovy choroby se šíří velká skepse,“ nastínil doc. MUDr. Jakub Hort, Ph.D., z Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol Praha. Poukázal na fakt, že většina studií se zatím realizuje až ve fázi demence a chybí zkoumání iniciačních fází onemocnění ve smyslu diagnostiky a preventivních opatření.

Jiným významným problémem je podle MUDr. Horta otázka laboratorních norem pro stanovení beta-amyloidu v likvoru. „Tyto normy se liší nejen v rámci jednotlivých zemí, ale také u jednotlivých laboratoří v naší zemi. Z různých míst tak dostáváme různé výsledky, svědčící pro různý stupeň postižení, či dokonce pro různou diagnózu – Alzheimerovu nebo frontotemporální demenci. Čeká nás úkol shodnout se na ustálené metodice a normách. Ideální by byla jedna laboratoř poskytující validní výsledky,“ vysvětlil Jakub Hort.

### Založení členské základny

Konference se zúčastnilo přibližně 200 odborníků z oborů neurologie, psychiatrie a psychologie. „Poměrně velký zájem již o prv-

## Neuropsychiatrické fórum – mezioborová platforma

V České republice vznikla nová odborná společnost Neuropsychiatrické fórum (NPF) s podtextem „nemocí mozku pod jednou střešou“, jejímž posláním je propojit jednotlivé obory a překlenout dnes již nevyhovující dělení chorob mozku na onemocnění organická a duševní.

Neuropsychiatrické fórum chce vytvořit širokou mezioborovou platformu, prostor pro diskusi odborníků z neurovědních disciplín, jako jsou neurologové, neurochirurgové, psychiatři, psychologové či vědci v základním výzkumu. Cílem společnosti je rozvoj neuropsychiatrie, podpora efektivní komunikace a mezioborové spolupráce, rozvoj

vzdělávání a výzkumu, organizace odborných konferencí a seminářů, stejně jako medializace problematiky nemocí mozku.

NPF dále pracuje na rozvoji portálu [www.npforum.cz](http://www.npforum.cz), který si klade za cíl zprostředkovávat informace z oblasti neurověd. Navíc také bude usilovat o zlepšení odborné péče o pacienty a rozšíření stážové výuky ve druhém oboru u lékařů v postgraduální přípravě (psychiatrii na neurologii, neurologové na psychiatrii). Projekt NPF vznikl pod záštitou České neurologické společnosti ČLS JEP, České psychiatrické společnosti ČLS JEP a České neuropsychofarmakologické společnosti.

ni akci tohoto druhu přikládáme tomu, že neuropsychiatrická problematika je zatím skutečně málo diskutována, a je o ni proto velký zájem,“ shrnul předseda fóra MUDr. Ondřej Fiala. Konference byla i příležitostí k založení členské základny Neuropsychiatrického fóra.

Zájemci o členství v tomto mezioborovém projektu či o jiný druh spolupráce mohou kontaktovat organizační výbor. E-mailové kontakty jsou dostupné na internetových stránkách [www.npforum.cz](http://www.npforum.cz).

Andrea Skálová

Inzerce A111009748

# Kam pro výhodný úvěr?

Úvěr Artesa je nejjednodušší cestou k získání dotace z evropských fondů

- \* rychlé zpracování
- \* ručení nemovitostí
- \* úvěry od 2 milionů korun

**\* artesa**

INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Artesa, spořitelni družstvo  
tel.: 221 015 108

[uver@artesa.cz](mailto:uver@artesa.cz)  
[www.artesa.cz](http://www.artesa.cz)



# Deprese – různé tváře jedné diagnózy

V polovině června uspořádala Academia Medica Pragensis ve spolupráci s firmou GlaxoSmithKline v Kaiserštejnském paláci v Praze sympozium, jehož hlavní náplní bylo upozornit na personalizovaný přístup k léčbě deprese – jednoho z nejvíce heterogenních onemocnění.

**C**esta do kvantového světa, kde by bylo možno vyšetřovat pacienty pomocí čipů, je ještě příliš vzdálena, a tak je každé nové antidepresivum vítaným rozšířením palety léčebných možností. Jedno z nich také bylo představeno v rámci červnového sympozia – jednalo se o bupropion 150 a 300 mg v tabletách s řízeným uvolňováním (Elontril), který je na českém trhu dostupný od 1. června tohoto roku a jeho nasazování je preferováno u pacientů s útlumovou formou deprese. Jak následně uvedl ve svém vystoupení přednostka Psychiatrické

klínky 1. LF UK a VFN Praha prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., který zahájil odbornou část programu, hledání optimálního léčebného postupu u depresivních pacientů je velmi složitou záležitostí a při výběru vhodné farmakoterapie je třeba brát v úvahu nejen výsledky biologických markerů a vlastnosti konkrétního antidepresiva, ale také klinický obraz deprese, jeho následné začlenění do klinických zkušeností a v neposlední řadě pak samotné přání léčeného pacienta. U úzkostných depresí bývají výsledky nasazování atypických antidepresiv zpravidla horší, hledá-

ní dalších alternativ léčby je tedy podle autora na místě.

## Optimalizace nastavení léčby

Profesor Raboch se dále podrobně věnoval kritériím, jež jsou zásadní pro úspěch léčby deprese. Například z kanadských průzkumů (Gardner et al, 2001), jež byly prováděny jak z pohledu psychiatrů, tak i jejich pacientů, vyplynulo, že nejdůležitější roli hrají jednoznačně nežádoucí účinky léčby (NŮL). Na prvních třech místech se objevují stížnosti na sexuální dysfunkce, váhový přírůstek a únava.

Autor poté představil řadu studií s nejčastěji užívanými antidepresivy (citalopram, paroxetin, venlafaxin, sertralin, mirtazapin, amitriptylin a nově také bupropion), které se zaměřily především na hodnocení výskytu uvedených NŮL. Zdá se, že bupropion je v tomto směru (zejména pokud se týká sexuálních dysfunkcí) u většiny pacientů poměrně dobře tolerován, a mohl by se tedy podle výstupů ze studií prováděných nezávisle různými autory stát další alternativou pro určitou skupinu lidí trpících depresí.

V závěru pak byla opět zdůrazněna potřeba personalizovaného přístupu postaveného na přání samotných pacientů, který se do budoucna zdá být nejperspektivnější cestou k optimalizaci léčby. Může to být pouze farmakologická terapie spočívající v nasazení vhodného antidepresiva nebo spojení antidepresivní léčby a poradenství (to může být buď individuální, nebo skupinové) a není také vyloučeno, že si pacient nepřejde být léčen vůbec (důvodem může být pocit stigmatizace, nedůvěry v úspěch či obava z uvedených NŮL), a zvolí si tedy postup obecně nazývaný *wait and see*. Podle profesora Rabocha je ale přáním většiny nemocných být léčen...

## Psychofarmakologická éra

Ve druhé části odborného programu přednostka Psychiatrické

klínky LF MU a FN Brno prof. MUDr. Eva Češková, CSc., velmi přehledně prezentovala vývojové fáze antidepresiv a následně se pak zaměřila na zhodnocení nově prezentovaného léku – kdy, komu a jak by měl být bupropion nasazován.

V úvodu autorka upozornila na zásadní proměnu obrazu psychiatrie, k níž došlo v 60. letech minulého století a která stále pokračuje. 60. léta znamenala významný přelom tím, že nastolila „psychofarmakologickou éru“ a zahájila tak veliký pokrok v léčbě psychických chorob, současně stimulovala i další výzkum v této oblasti. Postupně přicházely další generace léků v podobě specifických antidepresiv. I když jejich celková účinnost zůstává v průměru stejná, přínosem nových preparátů je především dosahování lepší snášenlivosti a bezpečnosti. Podle prof. Češkové je v tomto směru velmi užitečné znát zkratky používané pro jednotlivá specifická antidepresiva, protože se v nich skrývá jejich inhibiční potenciál a podle jejich působení na určité neurotransmitery lze také odvodit možné nežádoucí účinky (viz rámečky). Rovněž je dobré vědět, ve kterých oblastech mozku se „pracovávají“ jednotlivé antidepresivní příznaky (viz rámeček).

## Proč potřebujeme nová antidepresiva?

Hledání dalších farmakologických možností léčby deprese má jistě význam nejen pro rozšíření teoretických poznatků, ale především pro praktické využití – cílenou léčbu deprese dle klinického obrazu, cílené ovlivnění reziduálních příznaků, prolomení farmakorezistence a cílenou léčbu dle snášenlivosti.

Bupropion, který byl na sympoziu představen odborné veřejnosti, byl uveden na trh v USA už v roce 1986, o deset let později byla registrována SR forma (Wellbutrin), v následujícím roce pak došlo k rozšíření indikace o odvykací léčbu kouření (*pozn. red. – nyní již tato indikace v ČR skončila*). V Česku

byla SR forma registrována v roce 2001 a v letošním roce přibyla také XR forma (Elontril). U poslední ze zmíněných forem bupropionu bylo zaznamenáno prodloužené trvání účinku, tedy i snížení frekvence dávek, redukce peaků, méně vedlejších účinků, lepší snášenlivost a tím i zvýšená compliance. Z pohledu účinků na CNS u tohoto přípravku dochází ke zvýšení koncentrací DA a NA. Z pohledu metabolismu se jedná o působení tří aktivních metabolitů (hydroxybupropion, threo hydroxybupropion a erythrohydroxybupropion), z nichž nejaktivnější je hydroxybupropion. Bupropion je primárně metabolizován na hydroxybupropion pomocí CYP450 2D6. Z pohledu farmakokinetiky činí vylučovací poločas u bupropionu XR 20 hodin (podává se ix denně). Účinnost při léčbě depresivní poruchy byla opakovaně ověřena v krátkodobých i dlouhodobých studiích a v klinické praxi (bupropion > placebo, bupropion = SSRI, TCA).

## Základní limitace léčby

Jak profesorka Češková dále uvedla, dobrá snášenlivost bupropionu byla potvrzena u více než 15 milionů pacientů s depresí v USA. Podle léčebných výsledků není spojen s nežádoucími serotoninovými účinky, a byl tedy zaznamenán minimální výskyt sexuální dysfunkce (ve srovnání s SSRI a venlafaxinem). Dlouhodobá léčba rovněž nevedla k přírůstku hmotnosti a byl zaznamenán i nízký výskyt somnolence. Syndrom z vysazení byl stejný jako na placebo. Vedlejší účinky (agitovanost, insomnie, úzkost, tremor, sucho v ústech, závratě, nauzea, vomitus) byly závislé na denní dávce a většinou se jednalo o mírné a přechodné obtíže. Kontraindikacemi bupropionu XR jsou záchvatová onemocnění (aktuálně nebo v anamnéze),



Profesorka Eva Češková. | Foto: archiv pořadatelů

### Specifická Antidepresiva

- SSRI (specifický serotonin reuptake inhibitor)
- ASRI (alosterický serotonin reuptake inhibitor)
- SARI (serotonin antagonist/reuptake inhibitor)
- NDRI (noradrenalin dopamin reuptake inhibitor)

- NRI (noradrenalin reuptake inhibitor)
- D2/D3 autoreceptor antagonist

### Duální antidepresiva

- SNRI (serotonin noradrenalin reuptake inhibitor)
- NaSSA (noradrenalin and specifický serotonergický antidepresant)

- 5-HT (serotonin) – modulační funkce

*Narušení:* úzkost, iritabilita, hostilita, impulzivita, agitovanost, hypochondrismus, suicidálnost.

- NA (noradrenalin)

– aktivační funkce  
*Narušení:* únava, apatie, anhedonie, nedostatek iniciativy, nesoustředivost, nevykonnost.

- DA (dopamin)

– systém odměny, pozornost  
*Narušení:* problémy v sexuální oblasti, poruchy chuti k jídlu, pokles nálady, zájmu, motivace.

## PSYCHIATRIE



Foto: archiv pořadatelů

## Nežádoucí účinky specifických AD

**Serotonin:** sexuální dysfunkce, GI potíže, poruchy spánku, přírůstek hmotnosti.

**Noradrenalin:** Tremor, tachykardie, sucho v ústech, insomnie.

**Dopamin:** Psychomotorická aktivace, agravace psychózy, nauzea.

bulimie, mentální anorexie či současné užívání jiné medikace obsahující bupropion.

### Kdy, komu a jak přípravek nasadit?

Cílená léčba bupropionem by podle autorky měla být nasazena podle klinického obrazu, ve kterém převažuje ztráta energie a zájmu o cokoli. U pacientů v primární péči se nejčastěji jedná o pokles nálady a smutek nebo ztrátu energie, únavnost a malátnost či poruchy spánku. Následuje ztráta motivace a apatie. Právě únava

a ztráta energie jsou hůře ovlivnitelné a ustupují pomalu. Je to také významný prediktor rozvoje chronické deprese a rizikový faktor pro špatnou jednoletou prognózu.

Letargie a únava coby časté reziduální příznaky deprese, mohou souviset s dopaminergní dysfunkcí. U konkrétního pacienta s uvedenými obtížemi je třeba posoudit symptomatologii a celkovou snášenlivost antidepressivní léčby. Často se mezi nimi mohou vyskytnout lidé netolerující SSRI (apaticko-hypobulický syndrom,

sexuální dysfunkce, přírůstek hmotnosti, somnolence).

Iniciální dávka bupropionu XR činí 150 mg denně. Pokud není dosaženo efektu, je třeba zvýšit po 4 týdnech dávku na 300 mg (doporučeno podávat jednou denně ráno).

### Personalizovaná léčba deprese

V závěru profesorka Češková základem shrnula pravidla současné antidepressivní léčby a naznačila také další možné cesty jejího vývoje. Dnes již jistě nikdo ne-

## Topografie příznaků deprese

**Depresivní nálada, smutek** – mediální prefrontální kortex, kortex předního cingula a orbitofrontální kortex.

**Poruchy spánku** – *nucleus supra-chiasmaticus* hypothalamu, spánková centra mozkového kmene.

**Problémy s koncentrací** – dorzolaterální prefrontální kortex.

**Změny hmotnosti a chuti k jídlu** – hypothalamus.

**Únava a ztráta energie** – fyzická

únava: *striatum, cerebellum*, mícha; psychická únava: dorzolaterální prefrontální kortex.

**Ztráta zájmu a hedonie** – hypothalamus a limbické „centrum hedonie“ (*nucleus accumbens*).

**Pocity bezcennosti, viny, suicidalní myšlenky** – amygdala, kortex předního cingula, mediální prefrontální a orbitofrontální kortex.

**Psychomotorická agitovanost nebo retardace** – *striatum, cerebellum*.

zpochybňuje skutečnost, že různá antidepressiva mají v průměru podobný efekt, stejně tak ani to, že jedinci se v odpovědi na léčbu liší a špatná reakce na jedno antidepressivum neznamená, že daný člověk nezareaguje lépe na druhé – každý z nás je jedinečný, nikdo není čistý průměr... Cílem je tedy poskytnout každému léčbu, která je pro něj nejúčinnější a dobře tolerovaná. Právě proto je v posledních letech kladen důraz na identifikaci prediktorů úspěšnosti různých léčebných postupů (Simon GE, Perlis RH, 2010).

Jak ovšem autorka sdělení zdůraznila, řada studií sice zkoumala obecné prediktory výsledku léčby, ale málo z nich zkoumalo prediktory rozdílné reakce na různá antidepressiva. Do dnešní doby tedy nebyly identifikovány žádné biologické ani genetické prediktory, jež by byly klinicky užitečné pro volbu konkrétního antidepressiva.

Další posun možná přinese až optogenetika... Zatím ale zůstává nejdůležitějším vodítkem klinická praxe.

Jaroslava Sladká

Inzerce A111012198

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 LÉKÁŘE

 MLADÁ FRONTA

# Cholelitiáza – velmi časté a drahé onemocnění

Česká republika patří mezi země s vysokou incidencí cholelitiázy. V Československu byl výskyt cholelitiázy na konci 80. let minulého století odhadován na 1 milion případů a není žádný důvod se domnívat, že by od té doby došlo ke snížení.

**Ch**olelitiáza – přítomnost žlučových konkrémentů ve žlučnku (cholecystolitiáza) nebo ve žlučových cestách (choledocholitiáza) – postihuje v průmyslových zemích 10–20 % dospělé populace. Výskyt stoupá s věkem, u žen je onemocnění nejméně 2–3x častější než u mužů. Ačkoli je 60–80 % všech případů žlučových kamenů celoživotně asymptomatických, i zbývající relativně malé procento pacientů, u kterých během života dojde k manifestaci některé z klinických forem cholelitiázy, představuje ohromný počet. Jen v USA se ročně provádí 700 tisíc cholecystektomií a náklady spojené s diagnostikou a léčbou cholecystolitiázy i jejích komplikací dosahují několika miliard amerických dolarů ročně.

## Klasifikace žlučových konkrémentů

Cholesterolové konkrémenty tvoří 75–90 % všech konkrémentů v rozvinutých zemích. Obsah cholesterolu v konkrémentech je vyšší než 75 %. Cholesterolové konkrémenty jsou většinou facetované, žlutohnědé, rtg nekontrastní. Pigmentové konkrémenty jsou černé nebo hnědé, obsahují především bilirubin, jeho soli a mucin. Obsah cholesterolu je nižší než 25 %. Jsou z větší části rtg kontrastní. Cholesterolové a černé konkrémenty jsou formovány ve žlučnku ve sterilním prostředí, hnědé především ve žlučových cestách za přítomnosti infekce. Kameny obsahující 25–75 % cholesterolu jsou pak nazývány kameny smíšenými.

## Multifaktoriální patogeneze

Existuje řada rizikových faktorů usnadňujících tvorbu a rozvoj cholesterolové litiázy. Mezi základní patří zejména ženské pohlaví, vyšší věk, obezita, existují také výrazné etnické rozdíly. Nejvyšší prevalenci mají severoameričtí Indiáni (téměř 75 % Indiánek kmene Pima nad 25 let má cholelitiázu), vysoký výskyt je za-



ilustrační foto: gislincruba.blogspot.com

znamenán také v Chile a obecně v kavkazských populacích. Česká populace není výjimkou a řadí se v tomto směru na čelné místo. Nejnižší výskyt cholesterolové cholelitiázy je na druhé straně popisován v jihovýchodní Asii.

Základní rizikové faktory pro cholesterolovou litiázu jsou v anglosaské literatuře shrnovány pod poučku 5F, zahrnující věk (*forty*), pohlaví (*female*), paritu (*fertility*), stav výživy (*fatty*) a etnicitu (*fair* = bělošská populace, i když i zde jsou významné výjimky – viz výše). Svoji roli hrají i genetické a nutriční vlivy, výskyt ovlivňuje přidružená onemocnění (například *diabetes mellitus*), farmaka (typicky např. fibráty) či málo pohybové aktivity.

Existují tři základní patogenetické mechanismy vedoucí ke vzniku cholesterolové cholelitiázy. Jedná se o supersaturaci žluči cholesterolem, poruchy nukleace cholesterolu a poruchy motility žlučnku a žlučových cest.

Základním faktorem určujícím vznik cholesterolových kamenů je stupeň solubilizace cholesterolu ve žluči. Cholesterol jako látka ve vodě nerozpustná je ve žluči v dynamické rovnováze s lecithinem a solemi žlučových kyselin, které nepolární cholesterol solubilizují. Přesáhne-li koncentrace cholesterolu ve žluči kritické koncentrace fosfolipidů a žlučových kyselin (hovoříme o supersaturaci žluče cholesterolem), vypa-

dává z roztoku ve formě krystalů a dochází k tvorbě cholesterolových kamenů. Za prokázané pronukleární faktory se v současnosti považují žlučové bláto, kalciové ionty, mucin a hydrofobní žlučové kyseliny. Hypersekrece mucinu způsobuje také dysmotilitu žlučnku prostřednictvím zvýšení rezistence cystického ductu, čímž dochází k dalšímu zvýšení rizika cholesterolové cholelitiázy u predisponovaných nemocných. Stáza supersaturované žluči ve žlučnku usnadňuje krystalizaci cholesterolu a tvorbu kamenů. Cholesterolová cholelitiáza se častěji vyskytuje při dlouhodobém hladovění, při redukčních dietách s nízkým obsahem tuků, u nemocných na celkové parenterální výživě či při léčbě analogy somatostatinu.

## Tři odlišné klinické formy

Cholecystolitiáza může být asymptomatická, symptomatická a komplikovaná.

• **Asymptomatická cholelitiáza** je nejčastější formou, tvoří 60 až 80 % všech případů. Konkrémenty jsou objeveny náhodně, nejčastěji při ultrasonografickém vyšetření břicha z jiného důvodu. Jen malé procento nemocných se stává symptomatickými pacienty. Roční riziko vzniku symptomů je 1–2 %. Ženy a obézní osoby mají vyšší riziko přechodu asymptomatické formy do formy symptomatické. Jen výjimečně, asi u 7 % ne-

mocných, dojde v intervalu 5 let k závažnějším komplikacím, jako jsou například cholecystitida či pankreatitida.

• **Specifickým příznakem symptomatické cholelitiázy** je žlučnicová bolest – biliární kolika. Příčinou biliární bolesti je nejčastěji cholecystolitiáza, ale může to být i choledocholitiáza nebo dyskineze žlučových cest. Méně specifickým příznakem je biliární dyspepsie – pocit plnosti v epigastriu, tlak v pravém podžebří, nesnášenlivost vůči tukům, nauzea, plynatost, říhání, nepravidelná stolice.

• **Komplikace** vznikají ročně u 1–3 % symptomatických cholelitiáz. Nejčastějšími jsou cholecystitida, choledocholitiáza, obstrukční ikterus, cholangitida, akutní pankreatitida, enterální nebo gastrická píštěl, biliární ileus. Problematický je vztah ke karcinomu žlučnku. Souvislost je velmi pravděpodobná u objemné litiázy, adenomyomatózy žlučnku a porcelánového žlučnku.

## Léčebné postupy

Asymptomatická cholelitiáza vyžaduje pouze sledování. Preventivní cholecystektomii u asymptomatických osob většina autorů odmítá. Z asymptomatické cholelitiázy přechází do symptomatické ročně jen 1–4 % a riziko operačního výkonu je větší než riziko závažnějších komplikací. Cholecystektomie u asymptomatické cholecystolitiázy je indikována u rizikových osob (imunosuprimovaní pacienti, mladí nemocní, diabetici, kandidáti transplantace, nemocní s cholelitiázou a adenomyomatózou žlučnku, konkrémenty větší než 3 cm, porcelánový žlučník, pozitivní rodinná anamnéza ca žlučnku).

U symptomatické cholecystolitiázy je cholecystektomie metodou volby. S rozvojem laparoskopické cholecystektomie výrazně pokleslo riziko výkonu, omezil se počet osob kontraindikovaných k provedení výkonu, zkrátila se doba hospitalizace.

Konzervativní terapie (dieta, lázeňské léčení, choleretika, cholekinetika) je považována za nepříliš přínosnou, ekonomicky náročnou a nezlepšující kvalitu života. Má být omezena jen na čas po biliární kolice, na osoby zásadně odmítající operační řešení a na období do provedení cholecystektomie.

## Pigmentová cholelitiáza

Hlavním rizikovým faktorem hnědých pigmentových kamenů je ascendentní infekce žlučových cest. Vysokou prevalenci mají tyto kameny v jihovýchodní Asii v souvislosti s parazitárními a bakteriálními infekcemi žlučových cest. Původci těchto infekcí produkují beta-glukuronidázu, enzym zvyšující koncentraci nepolárního nekonjugovaného bilirubinu ve žluči, který vytváří nerozpustné vápenaté soli bilirubinu. V našich zemích se s těmito kameny setkáváme u nemocných po opakovaných zánětech žlučových cest, po papilotomii a po opakovaných endoskopických či chirurgických výkonech na žlučových cestách.

Oproti tomu černé pigmentové kameny vznikají nejčastěji ve žlučnku, jsou tvořeny polymerizovaným bilirubinem a doprovázejí nejčastěji hemolytické stavy, Gilbertův syndrom (benigní hyperbilirubinemie), idiopatické střevní záněty, resekce ilea, by-passy ilea, postiradiační ileitidy, celkovou parenterální výživu (i když zde se uplatňují rovněž patogenetické faktory usnadňující vznik cholesterolové cholelitiázy), cystickou fibrózu, cirhózu jater a chronický abúzus alkoholu. V západních zemích převažují černé konkrémenty, hnědé tvoří jen 0,5–1 %.

Klinické příznaky provázející pigmentové konkrémenty jsou identické se symptomy u cholesterolové litiázy. Pigmentové konkrémenty jsou menší, mají velikost 3–5 mm a snáze mohou být příčinou choledocholitiázy. U hnědých kamenů je nejčastější klinickou manifestací recidivující cholangitida a obstrukční ikterus. Při dlouhodobém průběhu dochází k hyperprodukcii vaziva a v konečné fázi k sekundární biliární cirhóze.

Zásadním terapeutickým opatřením u symptomatické pigmentové litiázy je cholecystektomie. Intraduktální konkrémenty a stenózy by měly být řešeny endoskopicky nebo transhepatálně. Při neúspěchu endoskopické léčby je indikováno řešení chirurgické – choledochojunoanastomóza.

prof. MUDr. Libor Vitek, PhD. MBA  
4. interní klinika a Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky I. LF UK a VFN v Praze

# konference

## Zhoubný nádor a trombóza – mezioborový pohled

19. 10. 2011 Praha, Clarion Congress Hotel Prague  
[www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

Pořádá 1. LF UK Praha  
ve spolupráci s divizí **MEDICAL  
SERVICES** a odborným časopisem  
**POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA.**

Odborný garant: doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

Předsedající: prof. MUDr. Václav Monhart, CSc., prof. MUDr. František Kölbl, DrSc.

### Program:

- 13.30 – 14.00** registrace
- 14.00 – 14.15** úvod
- 14.15 – 14.45** **Trombofilní stav u hematologických malignit – patofyziologie, vliv nových léků a současná doporučení pro profylaxi**  
– doc. MUDr. Ivan Špička, CSc.
- 14.45 – 15.15** **Kontroverze v prodloužené profylaxi v onkogynekologii**  
– prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc.
- 15.15 – 15.45** **Profylaxe žilní trombózy a plicní embolie u urologických a onkurologických výkonů**  
– MUDr. Michaela Matoušková
- 15.45 – 16.15** přestávka
- 16.15 – 16.45** **Problematika TEN v chirurgických oborech se zaměřením na onkochirurgii**  
– prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.
- 16.45 – 17.15** **Nízkomolekulární hepariny v prevenci a léčbě tromboembolické nemoci u onkologicky nemocných**  
– prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.
- 17.15 – 17.30** **Firemní sympozium GlaxoSmithKline**
- 17.30 – 19.00** volná diskuse a občerstvení, předávání certifikátů

Změna programu vyhrazena

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16.

**Registrační poplatek:** 100 Kč – platba předem, 150 Kč – platba na místě

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

**MEDICAL  
SERVICES**

Hlavní partner

**gsk**  
GlaxoSmithKline

Mediální partneři

Postgraduální  
**medicína**

**ZDRAVOTNICKÉ  
NOVINY**



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

**mf**  
MLADÁ FRONTA

# Masakr zdravého rozumu

**Motto:** Nikdy neberte rozum do hrsti. Proč by druzí měli vidět jeho velikost? (Pavel Kosorin)

**N**aše babyboxy se nelíbí nějakému chytrému výboru OSN v Ženevě. Prý porušují práva dítěte. Hm. Jaká práva? Na život? Co asi je v té mezinárodní úmluvě napsáno? Že matky nesmějí odhazovat děti, protože to od nich není hezké? Uděláme „ty, ty, ty“ a ony hned přestanou. Jenže tu a tam se najde taková, která tu úmluvu nečetla. Bohužel. Co s ní? Pohnat před výbor OSN? To dítěti ohromně pomůže. In memoriam, ovšem.

## Zpátky do popelnic

Dal jsem si tu práci a Úmluvu o právech dítěte si přečetl. Je to poněkud utopický text, který beze zbytku nenaplní žádný stát na světě. Mnohá ustanovení jsou dost vágní a relativizovaná výrazy typu „je-li to možné“, „učinit maximum proto to, aby“. Pro nás je relevantní už preambule, která obsahuje výroky jako „zabezpečit dítěti zvláštní péči“, „zvláštní záruky“, „odpovídající právní ochrana“, „ochrana před všemi formami diskriminace“. Dále upozorňují na článek 6: „Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že každé dítě má přirozené právo na život. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte.“ Článek 7 pak praví, že „každé dítě je registrováno ihned po narození a má od narození právo na jméno, na státní příslušnost, a pokud to je možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči“. Z toho plyne, že není-li to možné, nelze dikci článku naplnit za cenu smrti dítěte. Tak, a teď to prasklo: Celý slavný výbor nezná ani svůj vlastní materiál. Nebo se kolektivně zbláznil, což je neméně smutná varianta. Třetí vysvětlení mě nenapadá. Vůbec totiž nepochopili, o co běží. Babyboxy prý vyzývají k neodpovědnému chování. Zase jednou se zaměňuje příčina a následek. To je nějaký mor intelektu, toto. Mozková plíseň jakási. Určitě nikdo neodhodí dítě jenom proto, že je kam. Vždycky je totiž kam. A počet mentálně retardovaných sociopatů byl, je a bude konstantní. Gaussova křivka je nemilosrdná. Těžko je vychovávat k odpovědnosti tím, že jim místo babyboxů nabídneme zpátky osvědčené popelnice.

## Což takhle blboboxy?

Zkouším si načrtnout, jak by moh-

la v reálu vypadat příslušná konverzace osob stížených tou fungl novou ženevskou výchovou k odpovědnosti. Vezměme si třeba takovýto scénář:

*Venca (zdrogovaný debil, usilovně souložící) z ničeho nic vyhekne: „Mařeno, bereš vůbec ty prášky?“*

*Mařena (zdrogovaná debilka, usilovně souložící) vyjekne: „Ach, božínku, jsem já to ale hlupačka! Úplně jsem zapomněla. Honem slez, drahý Václave, a běž koupit kondom! Vždyť přece víš, že nám OSN zrušila babyboxy.“*

Že by si to utopičtí sociální inženýři v Ženevě představovali takhle? Ach jo. Co v tom výboru prokřista sedí za lidi? Nedalo mi to, abych se nepodíval. Ono ctihodné těleso se skládá z 18 osob, z nichž prakticky polovina reprezentuje země, kam bych rozhodně neradil posílat děcka na výlet. Mohla by se snadno stát harémovými souložnicemi, otroky nebo dětskými vojáky.

Zírám v němém údivu, s čelisti až na vestu pokleslou, jak takové jednoduché a život zachraňující udělátko vůbec může vzbudit jakoukoli diskusi. O čem, proboha? Stejně paralogické myšlení by mělo vést k návrhu zakázat v autech pásy a airbagy. Vždyť řidiči se pak cítí příliš bezpečně, a jezdí proto méně opatrně. Navíc je flagrantně porušeno jejich nezadatelné lidské právo kdykoli se dle libosti zabít.



MUDr. Milan Novák  
neurolog@centrum.cz

Zdá se to být otázkou mentální hygieny a epidemiologie. Čím méně mediálního prostoru totiž lidská blbost dostává, tím pomaleji se šíří. Což zřídít pro ni nějaké blboboxy? Ne aby se tam zachraňovala. Naopak.

Ke sterilní likvidaci. Hermeticky zaklapnout, obšlehnut tvrdým gama zářením, posypat chlorovým vápnem a zakopat dva metry hluboko. Na světě by hned bylo líp.

## Bez paragrafu ani ránu

Jenže ani našemu MZ se tohle zařízení moc nelíbí. Byrokratům vadí, že to neupravuje žádný speciální zákon. Bez paragrafu ani ránu. Každý detail musí být popsán v nějakém předpisu. Stovky, tisíce, miliony foršifitů, v nichž už se nikdo nevyzná. Tak si to žádá pozitivistické právo, které však nemůže být v tomto směru nikdy ukojeno. Už mi to taky leze na mozek. Když si kupříkladu stahuji na záchodě kalhoty, mám poslední dobou takový nejistý pocit. Činím tak totiž *extra legem*. Žádný paragraf tuhle věc nepopisuje. Je to hrůza. Jeden by se z toho po... mátl.

Že by něco mohlo fungovat samo, prostě jen tak, bez nich, to je pro byrokraty obudná myšlenka, při níž se v noci budí zbrocení studentům potem zvaným lidově smrtlák. Je to jejich noční můra: Vel-

ký park a na každém stromě visí jeden problém bez zákona. Či vhlášky. Nebo aspoň jen malinkatého metodického opatření. Jen jeden prstíček si tam strčíme a trošičku ohřejeme.

Jejich hlavní námitka svědčí pro skutečně zrůdné myšlení: Kdo bude odpovědný, kdyby se v tom boxu s dítětem něco stalo? Je tu prý otázka vyhřívání a spolehlivosti signalizace. Velká právní potíž. Stát se něco může výlučně živému dítěti. Takže? Ano, závěr je jediný možný: Jen mrtvé je právně bezpečné. Vodotěsné, prachotěsné, ohnivzdorné, antimagnetické a neprůstřelné alibi.

Tak jo. Skvěle. Zrušte to. Kontejner na sídlišti je pro dítě mnohem vhodnější. Zvláště v zimě. Vše je rázem v souladu se zákonem. Samozřejmě z hlediska provozovatele svozu odpadu. Potíž se signalizací a vyhříváním tu vůbec nevzniká. Co není, nemůže selhat. Všechna práva dítěte jsou formálně dodržena. A na likvidaci malé mrtvolky už podrobné předpisy máme. Tady se pohybujeme na pevné půdě. Pokud si ovšem tělíčka ve špinavé igelitce vůbec někdo všimne.

## Keep smiling

Veřejnost je masírována v jednotlivostech sice pravdivými, ale vzhledem k podstatě věci i kontextu zcela zavádějícími titulky: *Den v nemocnici se prodáží na 100 korun. Průvan v peněženkách začíná. Hegerova reforma prošla, podraží den v nemocnici i léky. Pře-*

sto se projednávání reformy zdravotnictví hladce rozbíhá a nabývá na obrátkách. Ono se vyplatilo bez válečného pokřiku a mediálních tanečních figur, klidně a s rozmyslem všechno připravit a ignorovat hloupé řeči o pomalosti.

Prý neproběhla veřejná diskuse. Říkají hluší. Nevšiml jsem si. Ona běží již 20 let. Ministr prý také reformy málo vysvětluje. To jsem si také nevšiml. Objasňuje i ty nejjednodušší věci opakovaně, až do úplného zblbnutí. Vysvětluje, kudy chodí, na každém fóru, jaké je k dispozici. Být na jeho místě, byl bych už dávno pod drnem. Skutečný profesionál však neztrácí trpělivost. *Keep smiling*. Víc opravdu dělat nelze. Ministerstvo propagandy nemáme. Naštěstí.

Odboráři se hned po kolosálním fiasku dali slyšet, že si na podzim chtějí dát repete v mnohem grandióznějším rozměru. Že by masochismus? Jako *hors d'oeuvre*, malý předkrm v jejich menu, má být rozcvička před ministerstvem zdravotnictví 12. července. Po dovolených pak na to skočí pořádně. Všechno zablokují. Generálně. Tak bych docela rád viděl policii, jak už kuje plány a krizové scénáře k zajištění plynulosti a bezpečnosti silničního provozu. Proti komukoli a kdykoli.

Stát je povinen ochránit normální občany před skupinami bojůvek. Jinak by se z toho mohl stát nepřijemný precedens. Nejste spokojeni s vyřízením žádosti na úřadě? Zahýbá vám manželka? Štve vás šéf? Zablokujte silnici! Nesmysl? Že zablokováná silnice nemá žádný vztah k podstatě vašeho problému? Nic si z toho nedělejte a kandidujte na funkci v odborech. Pak pochopíte, jak je to geniální. Ale pozor, genialitu od šílenství odděluje jen docela nízký plot. Ani se nenadějte, zakopnete a přepadnete na druhou stranu. A rovnou na hubu.

## Řecký virus

Ale jak říkala moje babička: Když blbnout, tak pořádně. Zdá se, že mají v hlavě ten řecký virus. Vysoce nakažlivý. Viróza je to pomalá, ale o to letálnější. Prognóza je beznadějná. Choroba vede k tristnímu obrazu zcela dezorganizovaného myšlení. Patognomickým symptomem je schopnost následujícího myšlenkového paskvilu: *Odstraňte nám následky, ale při důsledném uchování všech jejich příčin. Neboť právě na tuto intelektuální perlu lze redukovat každý odborový požadavek, který byl až dosud vysloven. Je to bída. Případ stržených závitů. Mozkových.*

Nejvíce se zablýskly dvě hvězdy českého (politického) nebe. Pan Zava-



Parlamentní cesta prý u nás podle čelného ultralevičáka nefunguje. Odbory proto musely do ulic. Na vysokého funkcionáře parlamentu dost dobrý výrok. Ten muž není demokrat. Ani neví, co to je. | Foto: Profimedia

## NEJSEM SI JIST

dil by chtěl úplně zrušit zdravotnickou reformu. Prý se otevírá obchod se zdravím a lidé budou platit jako mourovatí. Soudruh buď nic neví, nebo lže. Plk s obchodem se zdravím nechápu. Jak to souvisí s aktuální reformou? A lidé nebudou platit jako mourovatí. Budou platit procentuálně pořád méně než v západních zemích. Některé věci budou platit, jen když si je přiojednájí navíc. K čemuž nebudou nikterak nuceni.

To soudruh Zaorálek byl mnohem koherentnější. Kouzlem nechťého ho to vypleskl rovnou, jak je jeho dobrým zvykem. Odbory prý musely do ulic, protože parlamentní cesta nefunguje. Na vysokého funkcionáře zmíněného parlamentu dost dobrý výrok. Každý, kdo v demokracii zrovna neprosadí svůj názor, může říci totéž. Nešikovně rozhaluje svůj kabát, abychom mohli zahlédnout nahou pravdu: Ten muž není demokrat. Ani neví, co to je. Ono totiž být demokratem, když je po mém, není žádné umění. Čili kritická věta ještě jednou a sledujte pozorně, protože neblahé dějiny varují: *Parlamentní cesta podle čelného ultralevičáka u nás nefunguje.* Mussolini by to ne-

vyjádřil lépe. Nebo Viktor Orbán. Takže co z toho logicky plyne? Pochod na Prahu? Státní převrat?

## Slova jako šrapnely

Ono se všeobecně doporučuje zacházet s některými slovy opatrně. Jsou to podle inspektora Trachty slova-šrapnely. A mohou překvapit jako nevybuchlá munice v Ralsku. Jakýsi odborářský mimoň obvinil z mimoňství ministry řka zcela nesmyslně, že vedou zemi k totalitě. Prozradil tím na sebe, že v jeho knihovně chybí slovník cizích slov. A tak jen povrchně, z mediálního kontextu, vyrozuměl, že to slovo asi znamená nějakou obzvlášť peprnou nadávku. Pokud se panu odboráři (jakýsi Středula, nejdeli o pseudonym) nechce investovat do slovníku, najde ho on-line na internetu. Rád poskytnu adresu. Bezplatně. Ve hře je totiž další verbální paskvil, a sice „kšeftování“. Obžlivý podivín Hovorka (kdo zapomněl, jde o zapomenutého lidovce, a kdo zapomněl i to, tak lidovci byli stranou, která upadla v zapomenutí) také opakuje bez zjevného kontextu onen blábol o kšeftování se zdravím. Ano, ke každému slovu lze najít nějaký pejorativní

ekvivalent. Nicméně kšeft (*das Geschäft*) je prostě obchod.

Jde o neférové kouzlení se slovy. Zdraví není obchodovatelná komodita. Ani si to technicky neumím představit. Předmětem nákupu a prodeje mohou být pouze služby a předměty sloužící k poskytování zdravotní péče. Kontrolní otázka soudruzi: Fasuje snad nějaká nemocnice léky od firem zdarma? Či aspoň berle a plenkové kalhotky? Anebo jí dodali CT jako prezent k Vánocům? Pochybuji. Tyto věci se normálně nakupují. Jsou totiž na trhu. Za socialismu na trhu nebyly, protože nebyl trh. A tudíž jsme měli slušně řečeno prdlajs. Nebylo s čím „kšeftovat“. Kromě svíčkové, cementu a bonů na rohu u Tuzexu. Nyní se už díkybohu zase kšeftovat může. Je co a občas i za co. Proto také pacientům lze leccos poskytnout. To dřív nešlo. Dnes to koupíme a zítra použijeme. Jak budeme dnes kšeftovat, tak se zítra budeme mít. Chvála budiž kšeftování. Probíhá-li ovšem poctivě.

## Gambling na řecký způsob

Výjimečný hlas rozumu aneb přeci jen trochu optimismu: Paní Ra-

dičová hlasovala proti a Řekům nic nedá. Vystavila jim kartičku DNR. Té dámě já ze srdce fandím. Moje krevní skupina. Slovensko je ještě pořád mnohem chudší zemí než Řecko. Ale především jsou tu důvody zásadní. Řecká půjčka se obrátí proti věřitelům. Prakticky (příjdu o peníze) i politicky.

Už jsme i v českém veřejnoprávním rozhlase zaslechli stupidní výraz *diktát*. Tak se říká podmínkám půjčky, kterou si Řekové mohou, ale také nemusejí vzít. Nikdo jim nic nenutí. Každá půjčka má své podmínky. Zajděte se zeptat do nejbližší banky. Řekové za to budou své dobrodince nenávidět. Úplně otočí kauzalitu. Brusel jim sprostě diktuje, místo aby jim potřebné peníze bez řečí daroval. Aby je zas mohli probendit jako závisláci na hracích automatech. Mají na to přece nárok. Historicky vydržený. Tomu, kdo rozhazuje, dluží každému, na koho se podívá, a do elitního klubu se dostal drzým podvodem, přeci musí každý půjčit. To dá (řecký) rozum, ne?

## Jizvy na přírodě i na duši

A tichá vzpomínka na závěr: Je tomu již dvacet let, co nás navždy

opustila ruská okupační armáda. Nikdo neplakal ani neházel šeríkem. Žádné: *Vám lásku a poděkování*. Naopak: *Jdi domů, Ivane!* Mnozí postsovětské pamětníci se tím vystěhováním cítí ukřivdění. Dodnes jim nedošlo, čeho se zúčastnili. Po byt v okupované zemi považovali za nárokový. Něco jako vydržený právo. Na věčné časy. Byli hrozně překvapeni. Vzpomínají na nás se shovívavým despektem. Prý nám mezi sebou přezdívali „rohličci“. Nerozumíme, v čem je ten ruský vtíp. Je-li jaký. Ani se pochopit nesnažíme. Transkulturní vzdálenost je příliš velká. Celé světelné roky. Nechť se ale neptají nás, pamětníků, jak jsme mezi sebou říkali my jim.

Po stepních nájezdnicích nám zbyly jen škody za desítky miliard a jizva v duši. Ta barbarská vojenská jsou ale pořád ještě pryč kratší dobu, než po jakou tu pobývala. A chovala se jako dobytek. Nezbývá než doufat, že jizvy na přírodě zhojí firmy vybrané v poctivém tendru a jizvy v myslích zmizí s vyměněním pamětníků. Teprve pak se to stane pouhou učebnicovou historií. Papír bez masa a kostí. Varování však zůstává. Na věčné časy.

Inzerce A111012118

# Knižní novinky

## z edice Aeskulap



### Poznejte demenci správně a včas

– příručka pro klinickou praxi

Příručka je určena především odborníkům, kteří se na tuto problematiku nespecializují a přitom přicházejí do styku s pacienty trpícími demencí. Cílem je, aby včas rozpoznali příznaky a pacient mohl být co nejdříve odeslán ke specialistovi, který zahájí terapii. Najdou zde proto poučení o diferenciální diagnostice i klinickém obrazu demencí a řadu souvisejících teoretických i praktických informací. Text je doplněn základními testy a dotazníky, nechybí kontakty na specializovaná pracoviště.

Autoři: doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.,  
PhDr. Martina Hasalíková

Doporučená cena 250 Kč\*



### Biologická léčba v revmatologii

Monografie podává přehled nejaktuálnějších poznatků o biologické léčbě, která se stala pevnou součástí komplexní péče o pacienty se závažnými revmatickými chorobami. Přípravky jsou podrobně probírány z hlediska mechanismu působení, indikací a účinnosti u jednotlivých onemocnění i potenciálních nežádoucích účinků a kontraindikací. Nechybí přehled dávkování a způsobů podávání ani informace o současných podmínkách aplikace a centrech biologické léčby v ČR.

Autorka: MUDr. Marta Olejárová, CSc.

Doporučená cena 250 Kč\*

# MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

\*sleva 15% na  
**knihy.cz**

# Z dějin porodnictví X

## Císařský řez – záchrana, nebo komplikace?

Obdobně jako jiné porodnické operace, o kterých jsme hovořili v minulé kapitole, byla i metoda císařského řezu známa již dávno, ačkoli indikace k jeho použití byly původně zcela jiné, než je tomu dnes. Dnešním dílem procházku porodnictvím od starověku po 21. století ukončíme.

Prvně zmínky o císařském řezu, provedeném na mrtvé rodiče, pocházejí od Egypťanů. Ti se totiž díky balzamování mrtvých těl občas stávali svědky toho, že v těle mrtvé matky byl nalezen ještě živý plod. Zprávy z Indie ze 6. století př. n. l. zase hovořily o tom, že se z boku své matky narodil jistý Siddhártha Gautama, později zvaný Buddha. Matka sedmý den po jeho porodu zemřela. Podle řecké mytologie přivedl bůh Apollón na svět svého syna Asklépia císařským řezem a tímto postupem jej vysvobodil z klína mrtvé matky Koronis.

Antika následně přináší také název této operace, tedy císařský řez. Je zmíněn ve významné přírodovědné encyklopedii „Historia naturalis“ sepsané Gaiem Pliniem Secundem (Plinius Starší). Podle tohoto římského filozofa, encyklopedisty a vojáka byly děti takto chirurgicky vyňaté z dělohy nazývány *caesones* nebo *caesares* (slovo *caesar* je tak odvozeno od slovesa *caedere*, tedy rozřezat či ukrojit), a je tudíž zcela jasné, že pojem není spjat s římským císařem Juliem Caesarem, jak se někteří autoři dříve domnívali. Jak již bylo vzpomenu v kapitole o antice, v kontextu římského práva totiž *lex regia de inferendo mortuo* nebo také *lex caesarea* platilo, že těhotná žena nesmí být pohřbena, pokud by její plod nebyl předtím vyříznut. Z těchto důvodů pak některé děti přijaly i jedno ze jmen Caesar. Prakticky stejnou operaci uvádí také Mišna (jinak též Mishnah). Jde o židovské označení pro sbírku pouček, kterou podle tradice sestavil rabi Jehuda ha-Naší kolem roku 200. V židovském Talmudu se zase uvádí, že pro ženy, které porodily břichem, není třeba požadovat rituální dny čistění (*nidah*).

### Císařský řez na mrtvých i živých

Ne všude bylo ale použití císařského řezu přijatelné. Například u Arabů bylo jeho provádění zcela zakázáno. Takto prováděný císařský řez byl v Evropě přijat křesťanskými církevními hodnostáři, protože se tím nabízel možnost pokřtění ještě živého plodu. Ze

zkušenosti totiž bylo známo, že plod někdy přežívá matčinu smrt o více než deset i více minut, a že by tedy mohl být rychlým vybašením z těla matky zachráněn. Tento postup v křesťanských zemích probíhal prakticky po celé období středověku. Později přešel i do zákonodárství, a to především pruského. Byl prosazován také v učebnicích pro porodní báby, a to ještě v 18. století. V odborné lékařské literatuře z 15. a začátku 16. století nalezneme některá vyobrazení provedení císařského řezu. Vždy ale obrázek provází text, že jde primárně o zásah na mrtvé rodiče, tedy *sectio caesarea in mortua* (císařský řez na mrtvé). Další indikací je právě umírající rodička, tedy *sectio caesarea in moribunda*. Od této indikace pak byl již jen „krůček“ k císařskému řezu na živých ženách.

Jedním z těch, kteří věnovali svou pozornost císařskému řezu, byl také italský lékař a teolog Scipione Mercurio. Vystudoval medicínu v Boloni a Padově, procestoval řadu zemí Evropy (Španělsko, Francii, Německo) a nakonec se vrátil praktikovat zpět do Itálie. Byl prvním Italem, který psal odbornou literaturu pro italské porodní báby. Ve své třídílné publikaci „La Comare“ z roku 1596, která se dočkala řady vydání, se věnoval

nejen těhotenství jako takovému, dítě pro těhotné, zkušenostem se spontánními porody a porodnickými obraty, ale i problematice císařského řezu včetně indikací. Popisoval také jednotlivé případy těchto porodů, které v letech 1571 až 1578 sám provedl.

V Paříži vyšla v roce 1581 monografie o chirurgických řezech, kde je poprvé uváděn výraz *enfantement caesarien*, tedy „rození císařské“ (císařský řez). Autor publikace François Rousset sestavil soubor patnácti případů císařského řezu na živých ženách, které skončily úspěšně.

### Potomkovi pomohli na svět řezník

Provedení císařského řezu na živé ženě zcela nepochybně posunulo porodnictví daleko kupředu. Podle některých pramenů provedl údajně první císařský řez na své rodič manželce švýcarský řezník a zvěrokleštič Jakub Nufer z Sigershausenu v kantonu Thurgau v roce 1500. Nešlo o nic jiného než o postup, který užíval při kastracích zvířat, především prasat. Břicho matky rozřízl jediným řezem a dítě prý vytáhl bez jediného poranění. Matka zákrok ve zdraví přežila a dítě také. Zprávu o tomto zákroku ale napsal Caspar Bauhins až o sto let později. Je te-

dy docela možné, že se může jednat pouze o legendu.

Prvním skutečně historicky doloženým a také odborně popsaným císařským řezem na živé ženě byl zákrok, který provedl Jeremias Trautmann ve Wittenbergu dne 22. dubna 1610. Celý průběh operace pak zaznamenal ve formě operačního protokolu, který se dochoval až do současnosti. Pacientkou byla manželka bednáře Martina Opitzte jménem Ursula. V důsledku velké kýly ve slabině, kterou trpěla po úraze při ohýbání železa na obruče, její lékař po následné konzultaci s dalšími porodníky rozhodl, že spontánní porod není možný a že jediným správným postupem bude císařský řez. Manželé Opitzovi dali svolení.

Operaci byli přítomni tři lékaři, kněz a dvě porodní báby. Dle Trautmannova zápisu, který byl později publikován, nebylo krvácení veliké a také rodička prohlásila, že výkon nebyl příliš bolestivý. Zdravé dítě bylo z dělohy vyňato snadno a přežilo. Podle dochovaných faktů žilo ještě v roce 1619, kdy bylo vytištěno druhé vydání knihy, která tuto událost popisovala. Ve třetím vydání z roku 1628 se ale autor přiznává, že dítě na konci roku 1619 zemřelo. Stav matky po operaci Trautmann sledoval, 16. května 1610, tedy dvacet pět

dní po porodu, žena bohužel náhle zemřela. Lékař dokonce otevřel dělohu, aby zjistil příčinu smrti, ale údajně žádnou neobjevil.

### Postupná shoda na indikaci

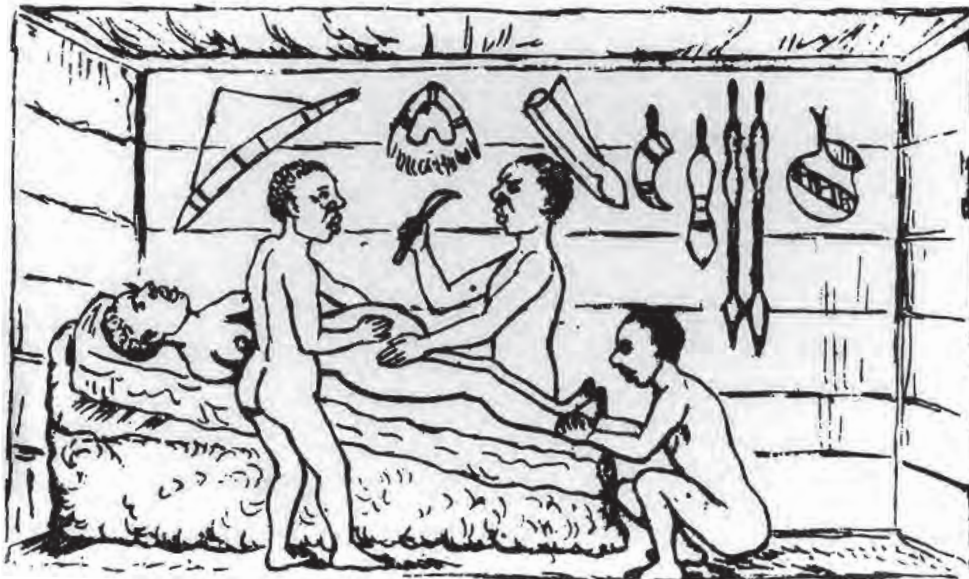
Pojednání o technice císařského řezu se začíná objevovat v knihách o chirurgii u mnoha autorů. V 17. století například Johann Schultes prezentuje ve svém bohatě ilustrovaném díle „Auctarium ad armentarium chirurgicum“ (1655) různé chirurgické nástroje, poševní zrcadla, nástroje na zmenšovací operace i ty, které jsou potřebné k císařskému řezu. V 18. století použil Christoph Völter do své knihy „Neueröffnete Hebammenschule“ (Nově otevřená babská škola, 1722) obrázek o provedení císařského řezu v domácím prostředí. Obdobně zařadil do své knihy „Chirurgie“ stať o císařském řezu (1718) také Lorenz Heister. Na druhé straně existovali odborníci jako například Guillaumeau či Paré, kteří operaci zásadně odmítali a považovali ji za barbarskou.

Na základě zkušeností některých porodníků se však postupně vytvářel názor na absolutní indikaci k císařskému řezu na živé matce. Vyplývalo z toho, že řez se směl provést tehdy, když byla pánev tak zúžená, že nebylo možné zavést do dělohy ani ruku a provést zmenšovací zákrok. Takovou operaci například úspěšně provedl chirurg Jean Ruleau. Jeho císařský řez byl publikován v Paříži v roce 1704 v „Traité de l'operation césarienne, et des accouchements difficiles et laborieux“ (Pojednání o císařské operaci a porodech nesnadných a pracných). Další pokrok v provádění této operace nastal až v 18. a 19. století.

V Čechách byl první císařský řez na živé ženě proveden plukovním chirurgem Josefem Staubem v roce 1786. Šlo o vlekoucí se porod. Dítě bylo mrtvé a vyčerpaná žena zemřela druhý den.

### Zavedení antiseptiky a asepse

Pozdější literatura, která se již zabývala historií císařského řezu, jednoznačně uváděla, že většina operací, které byly prováděny ještě v období před objevem a zavedením antiseptiky, většinou končila špatně. Radford Thomas shrnul



Císařský řez v Ugandě podle Felkina (1878)



## Z HISTORIE



Joseph Lister

výsledky císařských řezů v Anglii a Irsku za léta 1738 až 1849 a došel k závěru, že tehdejší úmrtnost dosahovala 73 %. Guéniot v Paříži dokonce uvádí téměř 100 %. Naeglele v 19. století v Německu uvádí 125 případů, z nichž vyplývá 60% úmrtnost matek.

Jednoznačně se tak ukazuje, že významným mezníkem v historii císařského řezu bylo objevení a rozvoj antiseptiky. Byl to anglický lékař sir Joseph Lister, kdo způsobil převrat při chirurgických operacích právě objevem a následným zaváděním antiseptiky do praxe. Díky němu začala být v 60. letech 19. století prosazována pravidla vytvoření a zachování aseptického prostředí při provádění chirurgických zákroků. Byly sterilizovány nástroje i materiál a samozřejmě také ruce lékaře. Ještě o dvacet let dříve řada lékařů vůbec nebyla ochotna takové zásady akceptovat. Od 80. let 19. století bylo zavedeno používání gumových rukavic při operacích. Zavedení

antiseptiky se samozřejmě týkalo všech porodů, nejen těch chirurgicky vedených.

### Počátky užívání narkózy v porodnictví

Císařský řez se stává vlivem narkózy bezbolestným. 19. ledna 1847 zkušený skotský porodník James Young Simpson poprvé použil u porodu éter. V letech 1853 a 1857 zase královský porodník John Snow pracoval u porodu královny Viktorie s chloroformem. Nastává éra používání narkózy v porodnictví.

Indikace k císařskému řezu se mění v průběhu let, jak se postupně zlepšovala výživa a správný růst v lidské populaci, především s ohledem na postupnou redukci křivice (rachitidy). U živých se prováděl císařský řez, jak již bylo řečeno, jen v absolutní indikaci, kdy již zúžení pánve nedovolovalo provést zmenšovací operaci, což nastávalo například u velkých nádorů, měknutí kostí (osteomalacie) s deformovanou zobákovitou pávní nebo u donošeného mimoděložního těhotenství. U eklampsie, křečových stavů, se operace prováděla jako tzv. *ultimo refugium*, tedy poslední možnost na umírající, zcela vyčerpané rodičce. Později se k indikacím přidává předčasné odlučování placenty a vcestné lůžko (*placenta praevia*).

Postupem let se mění také míra bezpečnosti prováděných operací, snižuje se původně relativně vysoká úmrtnost u tohoto výkonu, a to díky mnoha objevům, které byly v medicíně, a tedy i v porodnictví, postupně aplikovány. Ve 20. letech 20. století se zavádí trans-

fuze a po 2. světové válce antibiotická léčba.

### Druhy řezů na dělohu

Císařský řez je možné dělit různými způsoby. Například podle naléhavosti, z anesteziologického hlediska nebo také podle řezu, jakým je operace provedena.

- klasický, korporální řez (často používaný u předčasných porodů),
- příčný supracervikální podle Gepperta (nejčastěji používaný),
- U-řez (v případě předčasných porodů, také například u opakovaného císařského řezu - vzniká větší prostor pro vybavení plodu),
- obrácený T-řez (nouzové řešení při vybavování plodu při původně supracervikálním řezu),
- spirální (Chmelíkův) řez.

Řez v primitivní podobě znaly i domorodé africké národy, což popisuje například Felkin v roce 1878 při pobytu ve středoafrické Ugandě. Skutečnost, že těhotná nebo rodička již v minulosti prodělala císařský řez, sama o sobě není indikací k opakovanému (iterativnímu) císařskému řezu. Pokud však předchází císařský řez byl proveden tzv. korporálním řezem, obráceným T-řezem nebo pokud jde o stav již po dvou císařských řezích, je opakovaný císařský řez plně indikován, protože v tomto případě je výrazně vyšší riziko ruptury dělohy.

### Porodnictví 20. a 21. století

Významný převrat pro porodnictví nastal v roce 1958, a to objevením



Císařský řez – současnost

ultrazvukové metody a její aplikace do medicíny. Díky tomu v porodnictví postupně skončily starší metody rentgenologické, izotopové nebo termografické, například při vyšetřování vcestného lůžka. Ultrazvuková vyšetření v současnosti umožňují diagnostikovat některé vrozené vady plodu, růst plodu a jeho vývoj. Díky této metodě se zvýšila také bezpečnost některých invazivních metod, jako je amniocentéza (odebrání a vyšetření plodové vody) nebo intervence prostřednictvím pupečnickových cév. Nově zavedená 3D ultrazvuková metoda umožňuje získat dobré prostorové představy o plodu a při vyšším rozlišení i o jeho jednotlivých orgánech.

Co přinesou další léta v porodnictví, v současné době nikdo neví. Díky obrovskému pokroku v elektronice určitě přibude řada vyšet-

ření, jež budou ještě detailněji monitorovat probíhající těhotenství a rostoucí plod a budou se snažit o včasný záchyt vad a možných komplikací. Mnohé anglosaské studie již například hovoří o tom, že se v brzké době dožijeme toho, že některé vrozené vady plodu (například rozštěpy) bude možné operovat díky speciálním ultrazvukovým sondám u nenarozeného plodu přímo v děloze, což výrazně zvyšuje hojivost a také estetickou stránku výkonu.

Myslím si ovšem, že pro porodníka, obklopeného nejrůznějšími složitými přístroji, musí stále zůstat tím nejdůležitějším žena-rodička. S vědomím, že porod a jeho výsledek výrazně ovlivňuje život nejen rodičky a jejího dítěte, ale také otce dítěte a ostatních rodinných příslušníků. A v tom spočívá i krása porodnictví. **MUDr. Luděk Fiala**

## Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

**prof. MUDr. Václav Vojtěch Tošovský, DrSc.**  
(1. 7. 1912 Proseč u Skutče – 26. 11. 2007 Praha)

Vynikající dětský chirurg a ortoped, žák Zahradníčkův. Narodil se v rodině učitele a zároveň soukromého hospodáře, vystudoval gymnázium ve Vysokém Mýtě a pak pražskou lékařskou fakultu, kde promoval v roce 1937. Nastoupil nejprve na interní oddělení Vinohradské nemocnice u primáře Jindřicha Wagnera, po dvou letech přešel na oddělení dětské chirurgie a ortopedie do České dětské nemocnice. Za války ji Němci zabrali, česká od-

dělení fungovala v Naleziinci (od roku 1943) a MUDr. Tošovského přeložili na dětské a pak i infekční oddělení, nicméně po čase se vrátil na dětskou chirurgii.

Hned po válce v roce 1945 nastoupil na kliniku ortopedie a dětské chirurgie profesora Jana Zahradníčka. Zde se z něj stával ortoped. Měl štěstí, že se v roce 1947 dostal na půlroční studijní pobyt do USA, kde získal mnoho nových poznatků. Na konci ortopedického turné navštívil také oddělení dětské chirurgie Williama Ladda v Bostonu, tehdy asi



největšího dětského chirurga ve Spojených státech. Tam se mu otevřel zcela nový svět vrozených vad gastrointestinálního ústrojí a často na jejich podkladu vznikajících náhlých příhod. V roce 1950 se stal zastupujícím přednostou dětské a ortopedické chirurgie po penzionovaném profesoru Metodě Mikulovi. V roce 1954 dosáhl titulu docenta a v roce 1968 byl jmenován profesorem. V roce 1978 se klinika přestěhovala do Motola, zde působil jako přednost do roku 1979.

Hlavními oblastmi jeho celoživotního odborného zájmu byly náhlé příhody břísni u dětí, neonatální chirurgie a traumatologie, zejména problematika léčení zlomenin, dále i *osteomyelitis* a některá chirurgicky řešitelná onemocnění lebky a mozku. Jeho práce byla ceněna nejen doma, ale po celém světě. Jeho odborné knihy byly oceněny cenami nakladatelství Avicenum, Čs. chirurgické společnosti ČLS JEP a Literárního fondu a přeloženy do řady cizích jazyků. Jako výraz nejvyššího uznání mu byl v roce 1998 udělen titul Rytíř lékařského stavu. Po celý život byl hluboce věřícím katolíkem. Zemřel v pozhnaném věku 95 let v roce 2007.

### V třípytném moři je Kréta

Pražský profesor dětské chirurgie a ortopedie Václav Tošovský napsal množství odborné literatury

z těchto oborů, ale byl i autorem beletrie. Jeho dobrodružný román „V třípytném moři je Kréta“, který u nás vyšel v roce 1984, byl přeložen do mnoha cizích jazyků, kromě jiného i do řečtiny. Pojednává o českém studentovi medicíny, který se za druhé světové války dostane do Řecka a na Krétu a zde se zapojí do partyzánského boje proti německým okupantům. Tošovský pak dostával řadu dopisů z Řecka i Kréty s pozdravy od lidí, kteří vzpomínali na něj i na jeho působení za války na Krétě. Dokonce se někteří domnívali, že jde o dílo autobiografické a že hlavním hrdinou je on sám – tehdejší student Tošovský. Ale pan profesor nikdy v životě na Krétě nebyl! Později říkával, že těch dopisů z Řecka i Kréty tehdy dostal víc, než když byl poctěn titulem Rytíř lékařského stavu.

**MUDr. Svatopluk Káš**

# Krátká kariéra advokáta Roberta Louise Stevenson

Za příčinu smrti spisovatele **R. L. Stevenson** je považováno náhlé krvácení do mozku nebo infarkt myokardu. Jeho celoživotní zdravotní problémy pak jsou obvykle připisovány tehdy hojně rozšířené tuberkulóze. Aktuální poznatky však naznačují i jinou možnost...

**R**obert Louis Stevenson (1850–1894) se narodil ve skotské rodině stavitelů majáků. Jeho otec a strýcové pracovali po celém severoskotském pobřeží i na Orknejích, Shetlandách či Hebridách. V mládí Stevenson otce často a rád provázel. Nelákaly ho však impozantní stavby, nýbrž zážitky z cest po souši i po moři. Záhy se ukázalo, že dědic respektovaného řemesla nemá pro pokračování v rodinné tradici předpoklady. Ze studia na technice utekl, protože našel zálibu v umění. Ještě závažnější se ukázala druhá překážka, která se postavila do cesty kariéře stavitel majáků. Zdědil dispozice ke „slabým plicím“, jež se vyskytovala v rodině jeho matky. Kašel a horečky ho jako dítě trápily po celou zimu, zvláště když rodina právě pobývala v místech s chladnějším a vlhčím klimatem.

Vleklé zdravotní problémy vyvrcholily v listopadu roku 1873 Stevensonovým fyzickým zhroutením. Rodina jej poslala do Mentonu na francouzské Riviéře, odkud se vrátil na jaře následujícího roku ve výrazně lepší kondici. Na naléhání otce se věnoval studiu práv, aby se zajistil do budoucnosti. V létě roku 1875 budoucí spisovatel složil advokátské zkoušky pro Skotsko a jeho otec nechal na dveře domu přišroubovat mosaznou tabulku „R. L. Stevenson, advokát“. Tím začala a zároveň skončila Stevensonova kariéra v advokacii.

## Cesta do Ameriky

Životní náplní Roberta Louise Stevenson se staly cesty a literární tvorba. Na jedné z cest poznal o deset let starší matku tří dětí Fanny Vandergriftovej Osbournové, která si přijela do Evropy odpočinout od nevěrného manžela. Když se Fanny vrátila do rodině Ameriky, vydal se za ní zamilovaný Stevenson parníkem přes Atlantik a pak z New Yorku železnicí napříč severoamerickým kontinentem až do Kalifornie. V honbě za barvitějšími zážitky, které by mohl zúročit v reportážích,

cestopisech, esejích a románech, úmyslně zvolil nejnižší komfort cestování.

Na pacifické pobřeží v Monterey dorazil více mrtvých než živých. Z následků cesty se pak jen pomalu zotavoval na farmě místního rančera. Teprve v prosinci roku 1879 se cítil dost silný na to, aby podnikl cestu do San Franciska, kde se protloukal, jak se dalo. Zkoušel se uživit psaním, ale to stačilo jen na živoření na hranici existence. Před příchodem jara 1880 se jeho zdravotní stav opět radikálně zhoršil. V té době se o něj už starala rozvedená Fanny Vandergriftovej. Když se s ní Stevenson v květnu 1880 ženil, trápil ho kašel a bolesti kostí, které „se mnohem lépe hodily za symbol lidské smrtelnosti než jako atribut ženicha“.

## Do jižních moří

Po smrti otce v roce 1887 se Stevensonovy majetkové poměry zlepši-

ly natolik, že se rozhodl poslechnout naléhání lékařů a začal se léčit. Podrobil se kúře v sanatoriu v Saranac Lake v americkém pohoří Adirondacks. Sanatorium založil v roce 1884 lékař Edward Livingston Trudeau, který do Saranac Lake přijel v roce 1876, aby se tu sám léčil z tuberkulózy. Sanatorium rychle získalo na věhlasu především mezi newyorskou klientelou. Pověst „magického místa v horách“ sem přitáhla i Stevensonova. Spisovatel strávil drsnou zimu v Saranac Lake v překvapivě dobré kondici a v plné práci na svých nejslavnějších dílech. Cíl jeho cesty za zdravím však ležel mnohem dál a jižněji.

V létě 1888 vyrazil s rodinou na palubě pronajaté jachty na tříleté touky jižním Pacifikem. Navštívil Havaj, Tahiti, Nový Zéland, Samou. Na Havaji zavítal i do leprosaria na ostrově Molokai. O tom, že strach o zdraví z jeho mysli důkladně vyprchal a zcela

v něm převládla touha po dobrodružství, svědčí i zážitky z ostrova Apenama na Gilbertových ostrovech, kde onemocněl chřipkou. U muže trpícího těžkým plicním onemocněním bychom očekávali znepokojení, možná i strach z vážných komplikací. Místo toho si Stevenson zapsal: „Nikdy předtím a nikdy potom jsem žádnou chorobu tak nevítal. Poskytla mi totiž příležitost uvidět apenamské čaroděje při práci.“

Stevenson se z čiré zvědavosti podrobil domorodé léčbě. Nejprve se nechal od místního čaroděje nakuřovat a zaříkávat, ale jak uvádí, „chřipka se ani nezlepšila, ani nezhoršila“. Navštívil proto nejvyhlášenějšího čaroděje Terutaku. Ten ho zaříkával a dotýkal se jej palmovou ratolestí. Po příchodu domů Stevenson upadl do hlubokého spánku. „Když jsem se probudil, byl jsem zdrav“, tvrdí Stevenson v cestopisu „Do jižních moří“.

## Vypravěč příběhů

Od roku 1890 žil Stevenson na souostroví Samoa. Dvakrát se pokusil o návštěvu Skotska, ale zdravotní problémy jej vždy donutily k návratu na jeho usedlost ve vsi Vailima na ostrově Upolu. Tam se mu však vedlo dobře. Získal si úctu místních domorodců, kteří mu přezdívali Tusitala, čili Vypravěč příběhů. Sám svou zaneprázdněnost charakterizoval slovy, že „snad nikdy nežil muž s tolika železky v ohni“. V roce 1894 ho však postihla tvůrčí krize. Trpěl depresemi. Děsil se návratu choroby v její plné síle.

„Přeji si umřít v botách. Chci se utopit, být zastřelen, zabít se pádem z koně – jo, třeba být i oběšen. Jen at nemusím znovu projít tím pomalým rozkladem.“ Toto přání se mu vyplnilo. Vrátila se mu chuť k psaní. Ráno 3. prosince 1894 ještě tvrdě pracoval na svém posledním románu, o němž říkal: „Je tak dobrý, že mě to až děsí.“ Když se pak během rozhovoru s manželkou snažil otevřít láhev vína, zeptal se najednou: „Co se to děje? Nevypadám

nějak divně?“ Pak se zhroutil a nedlouho poté zemřel.

## Tuberkulóza, nebo sarkoidóza?

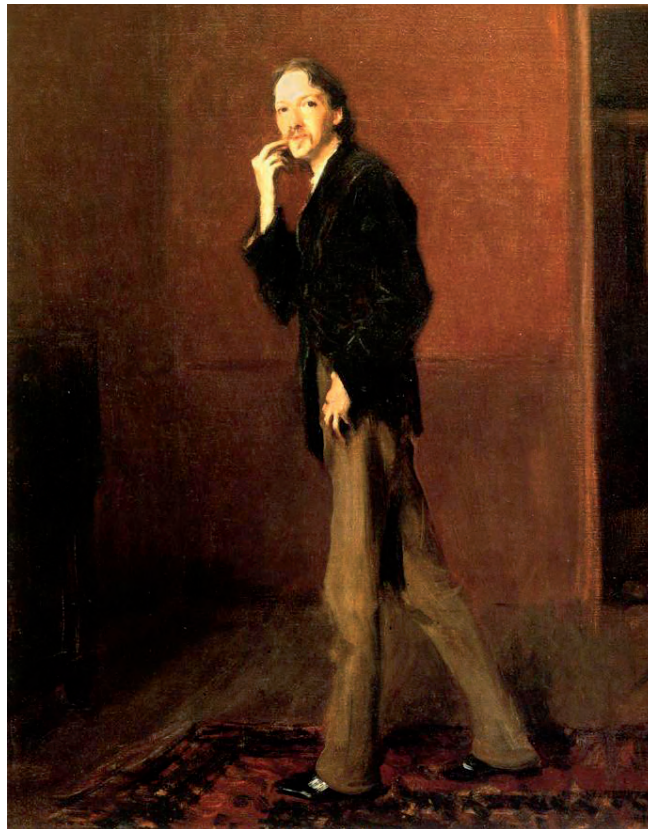
Stevensonovo úmrtí bývá přičítáno náhlému krvácení do mozku nebo infarktu myokardu. Jeho celoživotní zdravotní problémy jsou obvykle připisovány tehdy hojně rozšířené tuberkulóze. Tuto diagnózu zřejmě akceptoval i sám Stevenson, když navštívil Trudeauovo sanatorium v Saranac Lake. „Magické místo v horách“ bylo vyhlášené právě léčbou tuberkulózy. Stevenson zůstával po celý život nápadně štíhlý a i to je považováno za důsledek onemocnění tuberkulózy. Jak ale upozorňuje například Om P. Sharma ve studii zveřejněné lékařským časopisem Chest, v Trudeauově sanatoriu v Saranac Lake se zdaleka neléčili jen pacienti s tuberkulózou. Sjížděli se sem lidé trpící širokou škálou plicních onemocnění včetně chronické bronchitidy, plicních abscesů nebo plicní fibrózy.

Trudeau si toho byl vědom a zřídil v sanatoriu jednu z prvních amerických laboratoří, kde bylo možno vyšetřit sputum pacientů na přítomnost *Mycobacteria tuberculosis* objeveného Robertem Kochem v roce 1882. Stevensonova vyšetřil Trudeau opakovaně a po každé s negativním výsledkem. V neprospěch diagnózy tuberkulózy svědčí i fakt, že Stevenson netrpěl horečkami a dalšími typickými příznaky této choroby.

Sharma se domnívá, že pravou příčinou Stevensonových potíží byla sarkoidóza. Toto granulomatózní zánětlivé onemocnění má nejasnou etiologii. Sarkoidóza bývá řazena k autoimunitním chorobám a je u ní patrná i významná dědičná složka. Stevenson mohl disponici zdědit po matce a jejím otci Lewisi Balfourovi.

Vedle plicní infiltrace má choroba za následek i patologické změny na dalších orgánech. V souvislosti s trpkou Stevensonovou glosou o jeho zdravotním stavu během svatby stojí za zmínku, že při sarkoidóze bývá postižena i kostra. Asi čtvrtina pacientů se sarkoidózou trpí kardiovaskulárními problémy. Příznaky mohou vyústit až ve fatální ventrikulární či supraventrikulární arytmií. Případy náhlého srdečního selhání v důsledku sarkoidózy mívají často velmi podobné příznaky jako infarkt myokardu. Nelze vyloučit, že se jeho obětí stal v pouhých čtyřiačtyřiceti letech i autor „Podivného případu Dr. Jekylla a pana Hyde“ či „Ostrova pokladů“.

Jaroslav Petr



Malba: John Singer Sargent (1885)

# Čtvrtstoletí transplantace kostní dřeně v tuzemsku

Za posledních dvacet let se v transplantační medicíně změnilo mnoho – zavedení kryokonzervačních technik umožnilo provádění autologních transplantací, rozšířením dárcovských registrů výrazně stoupl počet alogenních transplantací od nepřibuzných dárců, kmenové buňky krvetvorby jsou stále častěji získávány z periferní krve a díky zavedení přípravných režimů s nižší toxicitou mohou zákrok podstupovat i lidé nad 60 let.

**O**všude první transplantaci kostní dřeně se pokusil G. Mathé již v roce 1959 v tehdejší Jugoslávii, ale úspěchu dosáhl teprve E. D. Thomas ze Seattlu o téměř deset let později. Jeho zdařilému pokusu předcházela objev HLA (*human leukocyte antigens*), za který později B. Benacerraf, J. Dausset a G. D. Snell získali Nobelovu cenu. Za významný mezník lze považovat také založení European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) v roce 1974.

V ČSSR se začal v 80. letech minulého století vytvářet specializovaný klinický tým v Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHK) v Praze, u jehož zrodu stáli prim. MUDr. Vladimír Chudomel a MUDr. Marcela Lukášová. Zde také v roce 1986 byla uskutečněna první nepřibuzná transplantace u dospělého pacienta u nás (u dítě-



**Dagmar Dicková, první česká pacientka, která v roce 1987 úspěšně podstoupila transplantaci kostní dřeně.** | Foto: Jaroslava Sladká

te pak v roce 1992 na II. dětské klinice ve FN Motol – prof. J. Starý). Zhruba šestnáctileté zpoždění oproti vyspělým zemím bylo způsobeno izolací našich odborníků od světové medicíny, kde už byly tyto postupy vypracovány, a také ekonomickou situací, která nepřála rozvoji finančně náročných medicínských postupů.

## Pionýrské pracoviště

Důvodem, proč byl transplantační program zahájen právě v ÚHK, je fakt, že se zde pod jednou střechou soustředily obory, které byly pro transplantace nezbytné – laboratoř schopná vyšetřovat HLA antigeny (pod vedením MUDr. A. Májského), dále laboratoř provádějící smíšenou lymfocytární reakci (pod vedením RNDr. J. Součka) a laboratoř imunohematologické. Posléze přibyla laboratoř pro zpracování kostní dřeně (pod vedením MUDr. P. Kobyly) a některé další.

Tím ústav otevřel cestu i ostatním centrům u nás, takže se alogenní transplantační programy postupně rozvinuly na dětské klinice v Motole, na hematologicko-onkologickém oddělení v Plzni, na II. interní klinice v Brně, na hema-to-onkologické klinice v Olomouci a na interní klinice v Hradci Králové. Kromě toho vzniklo několik center zaměřených pouze na trans-

plantace autologní (přenos vlastních kmenových buněk), a to zejména v Praze.

První pacient, který v ÚHK podstoupil zákrok v roce 1986, bohužel nepřežil (byl transplantován v těžkém klinickém stavu), byla tím však odstartována éra transplantací krvetvorných buněk na území naší republiky. V následujícím roce zde byla realizována již úspěšná transplantace u mladé ženy s diagnózou akutní myeloidní leukemie, která žije dodnes, bez jakýchkoli zdravotních omezení.

## Dlouhodobé přežití

V současnosti je ÚHK naším největším pracovištěm specializovaným na provádění alogenních transplantací – ročně jich zde proběhne okolo 60. V letech 1986 až 2010 zde bylo provedeno celkem 851 transplantací, z toho 751 alogenních (421 od nepřibuzných dárců, 330 od pokrevních příbuzných) a 100 autologních.

Dlouhodobé přežití pacientů po transplantaci se v ÚHK pohybuje kolem 50%. Je lepší u pacientů transplantovaných pro méně agresivní hematologická onemocnění, jako jsou chronická myeloidní leukemie, myelofibróza, méně pokročilá stadia myelodysplastického syndromu a některé lymfomy, kde se dlouhodobé přežití pohybuje mezi 70 a 90%. Horší statistiky

jsou pak u pacientů s akutní leukémií či pokročilými stadii myelodysplastického syndromu, kde se dlouhodobé přežití pohybuje mezi 30 a 50%. Tyto údaje jsou podobné číslům z registru IBMTR (International Bone Marrow Transplant Registry), kde se sumarizují a analyzují výsledky transplantací z celého světa.

V ÚHK dnes působí řada národních referenčních laboratoř a toto pracoviště opakovaně získalo mezinárodní certifikát kvality Joint Commission International.

## Pokroky v datech

I u nás se během let měnily transplantační postupy v souladu se světovými trendy.

● V roce 1990 byla v ÚHK provedena první autologní transplantace, což bylo umožněno zavedením kryokonzervačních technik s možností uchovávat kostní dřev v teukutém dusíku.

● V roce 1992 zde proběhla první transplantace od nepřibuzného dárce a tyto transplantace postupně přečísly transplantace od pokrevně příbuzných dárců, protože mezi sourozenci je možné najít dárce jen asi pro 25–30% pacientů, takže v současnosti tvoří nadpoloviční většinu alogenních transplantací. To bylo umožněno mimo jiné i tím, že zdravotní pojišťovny začaly hradit náklady spojené s vyhledáním a odběrem štěpů od nepřibuzných dárců v zahraničí (k těm největším dnes patří německý registr, který pokrývá asi polovinu potřeb). Rovněž vznik českých registrů dárců kostní dřeně přispěl k rozvoji těchto transplantací – v posledních letech pochází zhruba 25% štěpů pro pacienty od dárců z českých registrů, zejména plzeňského.

● V roce 1993 byly pro transplantaci poprvé použity krvetvorné buňky získané z periferní krve namísto z kostní dřeně. Tato technika postupně převládla, takže v současnosti prakticky všechny autologní a větší část alogenních

## Z HISTORIE

transplantací probíhají tímto způsobem.

● V roce 1999 byly do klinické praxe zavedeny přípravné režimy s nižší toxicitou, což přispělo k možnosti transplantovat starší pacienty. V posledních dvou letech je 50% z nich starších 50 let, 15% jich dokonce překračuje 60 let věku.

## Úspěšnost odpovídá mezinárodním standardům

V rámci České republiky se transplantační aktivita dostala během 25 let na úroveň běžnou ve vyspělých západoevropských zemích. Na odborných pracovištích se zde každý rok provede na 500 transplantací kostní dřeně a krvetvorných buněk – počty transplantací se tak pohybují v hodnotách nad 300/10 mil. obyvatel u autologních, nad 150/10 mil. u alogenních a nad 400/10 mil. u autologních plus alogenních.

Transplantace krvetvorných buněk je výkon, který je pro některé pacienty jedinou šancí na vyléčení a na záchranu života. Je to však zároveň výkon, který je spojen s rizikem vzniku život ohrožujících potransplantačních komplikací. Proto zůstává rezervován pouze pro nemocné, u nichž benefit z transplantace převažuje možná rizika, a na pracoviště, která takové transplantace umějí provádět. Dle sdělení zástupců ÚHK je v Česku počet transplantací v přepočtu na obyvatele stále o 15–20% nižší než ve vyspělých zemích západní Evropy, limitován je přitom pouze nedostačujícím počtem hematologických lůžek.

Jaroslava Sladká

## Odběr z periferní krve

Kostní dřev se získává opakovanými punkcemi silnou jehlou a nasáváním z lopat kostí pánevních. Tento zákrok se provádí v celkové narkóze. V dnešní době se však transplantace kostní dřeně provádí méně, její místo zaujala transplantace kmenových krvetvorných buněk získaných z periferní krve. Tyto kmenové buňky za normálních okolností sídlí v kostní dřev. Pouze po některých zákrocích (podání vyšší dávky cytostatik anebo podání vyšší dávky leukocytárních růstových faktorů) se z kostní dřeně uvolní a začnou cirkulovat v krvi. Pak je lze speciálními přístroji (separátory krvinek) z krve izolovat a koncentrovat. V případě, že jsou transplantovány tyto kmenové buňky krvetvorby získané z periferní krve, je dárce ušetřen odebráním kostní dřeně v celkové narkóze.

## Nejčastější diagnózy pro transplantaci krvetvorných buněk

- akutní myeloidní leukemie (AML),
- chronická myeloidní leukemie (CML),
- myelodysplastický syndrom (MDS),
- akutní lymfatická leukemie (ALL),
- non-hodgkinský lymfom (NHL),
- chronická lymfatická leukemie (CLL),
- myelofibróza (MMM),
- myelom (MM),
- maligní lymfogranulom (HD),
- těžká aplastická anemie (SAA).



# Je to jako splněný sen

Michaela Svobodová  
Foto: Leoš Chodura  
a archiv prof. Evžena Čecha

Patří mezi nejvýznamnější osobnosti české gynekologie. **Prof. MUDr. Evžen Čech, DrSc.**, se stal průkopníkem ultrazvukové diagnostiky u nás a spolu se svými spolupracovníky ji rozšířil po celé republice i do dalších oborů. Několik let stál v čele I. gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

**Byla pro vás medicína jasnou volbou – chtěl jste být od dětství lékařem, nebo jste pomýšlel i na zcela jiné obory?**

Zájem o přírodní vědy ve mně vzbudil pan učitel Šebík na obecné škole, který to se mnou uměl. V páté třídě jsem se díky němu dostal ke knihám o přírodě, biologii, astronomii. Byl jsem se podívat na hvězdárnu, a dokonce

jsem chvíli uvažoval o studiu astronomie. To však byl pouze dětský sen. Poté jsem se dostal na akademické gymnázium, které vedlo k humanitním směrům, což mi vyhovovalo. Nebyl jsem příliš matematický typ, spíš mě bavil přírodopis. Měl jsem navíc štěstí na velmi dobré kantory. Výuka na gymnáziu byla velmi přísná. Měli jsme latinu, řečtinu, naučili

nás, jak se máme učit a také (což nebývá příliš zvykem) jak mluvit. V biologii jsme se pak dostali přes rostliny a zvířata k člověku a tehdy mi bylo jasné, jakým směrem se vydám.

**Které osobnosti nejvýrazněji ovlivnily vaše další směřování, na koho ze svých učitelů na lékařské fakultě rád vzpomínáte?**

Rozhodně na ty, kteří kvalitně přednášeli a zaujali mě také svým charakterem. Například na profesora Bohumila Seklu. To byl biolog, který neohroženě hovořil o tom, že Mendel a Morgan nejsou nadávky, v době, kdy to bylo přísně zakázáno. Samozřejmě pak kvůli svým názorům skončil, měl zákaz přednášet. Já ho ale velmi obdivoval, považoval jsem to

za nesmírné hrdinství. Také velmi rád vzpomínám na patologa profesora Heřmana Šikla, který mě rovněž zaujal svou mírou neohroženosti. Tehdy u nás v překladu vyšla učebnice patologie sovětského akademika Abrikosova a Šikl na ni napsal dvoustránkovou kritickou recenzi, ve které knihu odborně doslova rozmetl. A to v době, kdy všichni povinně

## PŘEDSTAVUJEME

chválili všechno sovětské! Velmi jsem obdivoval i profesora Josefa Charváta, což byl jeden z posledních polyhistorů v medicíně. Jeho přednášky byly neuvěřitelné. Nezmeškal jsem ani jednu. Mluvil o genetice, výpočetní technice, probral vše, co tehdy bylo zcela tabu. Také z něj byla cítit statečnost, což mi velmi imponovalo. Pak jsem se konečně dostal ke gynekologii, která se vyučovala paralelně na dvou klinikách – a já chodil na obě. Viděl jsem tedy ohromný rozdíl – na II. klinice byl profesor spíše „politický“, ostatně působil i jako náměstek ministra zdravotnictví, zatímco na I. klinice vedl přednášky profesor Karel Klaus, jehož výklad byl skvělý. Měl nádhernou češtinu, přednášky perfektně připravené a tehdy mi došlo, že jsem si vybral správně.

#### Měl jste nějaký vzor také v rodině?

Mám staršího bratra profesora ortopedie, který tehdy pracoval jako sekundář na kladenské traumatologii. Díky němu jsem mohl již od druhého ročníku ve volném čase navštěvovat kladenskou nemocnici. Nejdříve to byly laboratoře, rentgen, pak oční, ušní oddělení, interna... Poznával jsem tak různé obory a zjistil, že mám raději ty, ve kterých je nutně se nějakým způsobem rychleji rozhodovat a potom mít konkrétní výsledky. Zajímala mě samozřejmě i traumatologie, kde jsem se velice brzy „zabydlel“. Chodil jsem tam asistovat a stále častěji mi nechali i něco zašít. Když byl volný čas večer a všude už byl klid, šel jsem na porodnici, kde bylo živo vždycky. Byly tam hodné porodní babičky, které mne časem vyzvaly, jestli si chci odvést porod, a tak to vlastně začalo. Koncem studia jsem měl jako medik přes 500 porodů. Dokonce mi po promoci zdejší přednosta docent Chmelík nabídl, abych k němu šel pracovat. Byla to pro mne velká pocta, jenže jsem nezastával žádnou politickou funkci ani neměl děti, tudíž jsem neměl právo na místo v Praze či Středočeském kraji. Milostivě mi tedy dali vybrat. Jednoznačně jsem zvolil jihočeský kraj.

#### Byl bližší vašemu srdci?

Moji pradědové byli jihočeští kováři, a pro mě to tedy byl kraj, ke kterému mám velkou vazbu. Přidělili mě až do dalekého Českého Krumlova, který jsem předtím znal jen jako vodák. Musím ale říci, že na tu dobu velmi rád vzpomínám. Podle mého názoru by měl každý po promoci začínat prá-

vě takhle, je to velmi dobrá zkušenost. Nemůžete volat primáře kvůli každé maličkosti, naučíte se velké samostatnosti. Při této praxi jsem často vděčně vzpomínal a v duchu děkoval všem těm, kteří mne v minulosti něco naučili. Vedle gynekologie a porodnice jsem pracoval i na chirurgii, kde jsem vzhledem k blízkosti vojenského prostoru zažil i velmi těžké úrazy. Také jsem v zimě čtvrt roku zastupoval praktického lékaře v Horní Plané, který byl na předatestačním školení. Tam jsem se setkal s mnoha různorodými případy a naučil se neocenitelné množství věcí. Navíc jsem poznal obtížnost práce lékaře v horském terénu, a proto je ta moje láska k Šumavě tak neformální.

#### Vzpomenete si na nějaký zajímavý případ?

Někdy jsem jezdil k neplánovaným porodům v domácnosti. Vzpomínám si, že jednou to bylo skutečně dramatické – jednalo se o paní hajnou někde u hranic, kterou kvůli ohromnému množství sněhu nebylo možné odvézt do porodnice. Ani vojáci nedokázali pomoci. Již 24 hodin tam byla porodní bába a nešlo jim to. Dovězli mě k nejbližšímu možnému místu a tam už čekali lesáci a ozbrojený pohraničník – asi abych se nebál. Dál jsme se prodírali hlubokým sněhem na běžkách. Přišlo mi, že hájovna je snad až na konci světa. Když jsme tam již za tmy dorazili, bylo to opravdu jak z filmu. Černá kuchyně, děti na peci, já šel do další místnosti a paní jsem vyšetřil. Byla už unavená, protože porod se vlekl. Dal jsem jí injekci na posílení kontrakcí a za dvě hodiny jsme porodili zdravého kluka. Nálada se uvolnila, objevila se harmonika a začalo se slavit. Pak jsem se ráno probudil a měl dvě hlavy. Jednu velkou a druhou malou – podle Švejka ta větší byla v té menší. Když jsem se již po zmizení drátů do těchto končin znovu dostal, poznal jsem to místo pouze podle dvou křivých jabloní a zbytku zdiva. Tak tady jsem jako mladý doktor prožil své dobrodružství. Bylo mi trochu smutno...

#### Jak klikatá pak byla vaše cesta zpět do Prahy na I. gynekologicko-porodnickou kliniku?

Po třech letech, v roce 1960, jsem udělal atestaci; zrovna v té době byl v Praze vypsan konkurz na dvě místa na I. gynekologicko-porodnické klinice FVL UK a já se tam dostal díky tomu, že jsem vyhovoval věkově a měl požadovanou praxi. Klinika mi pak ukázala a nabídla úplně jiné možnosti.

Už nikdy jsem však potom netrhal zuby, nesádroval, nešil šlachy ani nevyplachoval žaludek...

#### Jaké možnosti se před vámi naopak otevřely?

Jako sekundární lékař jsem se zabýval gynekologií a porodnictvím v celé jejich šíři. Pracoval jsem jak na konzervativní, tak operativní gynekologii a také na onkogynekologii. Dlouhodobě jsem působil i na všech úsecích porodnice. Tehdy zrovna končilo období klasického porodnictví, nebyl ještě ultrazvuk ani monitory, vše záviselo především na smyslech. Pohmatem se stanovovalo uložení a velikost plodu. Ozvy plodu se pravidelně po čtvrt hodině kontrolovaly stetoskopem. Není divu, že se snadno poznávala dvojčata a ještě hůře více plodů. Také vrozené vady a jiné porodnické patologie se posuzovaly obtížně, navíc vyšetření bylo často ztížené zvětšeným množstvím plodové vody. Velice jsem obdivoval své velké učitele, kteří toto klasické porodnictví mistrně ovládali. Jedinou zobrazovací metodou bylo jednorázové rtg vyšetření, které však mělo výsledky až od 7. měsíce těhotenství zobrazením skeletu plodu.

Jsem rád, že jsem se toto klasické vyšetřování naučil a i studentům říkám, aby nespoležali jen na moderní přístroje. Stačí vypnout proud anebo vyšetřovat tam, kde

tyto přístroje nejsou, a mohou nastat velice obtížné situace. Pro další vývoj porodnictví se však tato technika stala nezbytnou.

#### Kdy jste se poprvé setkal s ultrazvukem?

Ty první informace byly značně chudé. V prvním ročníku medicíny jsem si z půlstránky textu „Lékařské fyziky“ zapamatoval, že člověk ultrazvuk neslyší, zatímco pes ano. Dále jsem se dověděl, že jej vydávají netopýři, aby se mohli pohybovat ve tmě, a že se takto dorozumívají některá další zvířata. V medicíně že se někdy aplikuje v terapii, to bylo vše.

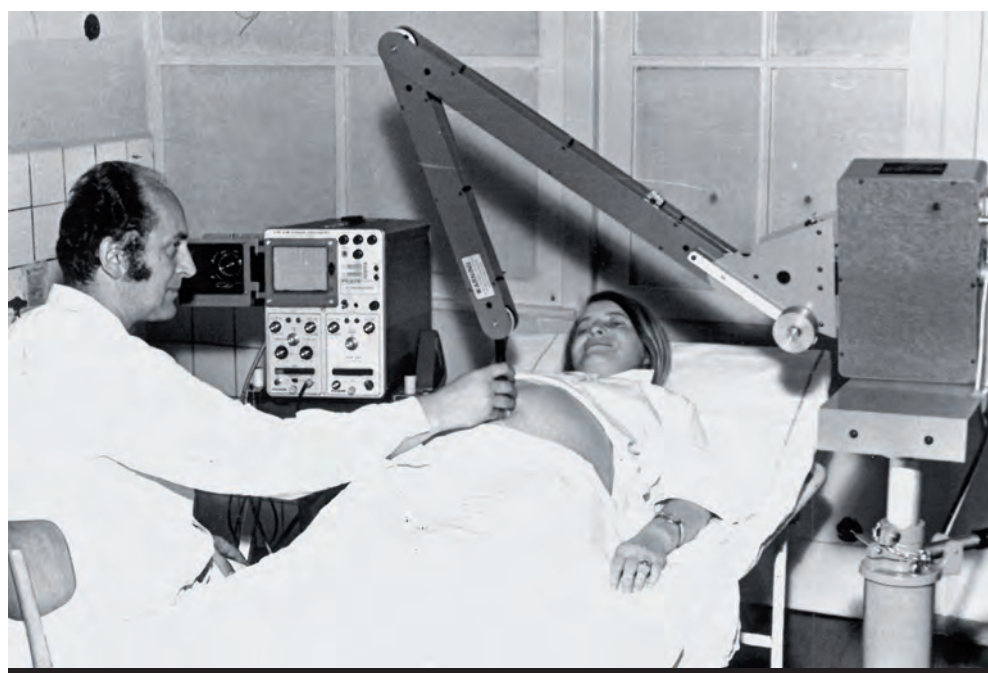
Druhé setkání bylo vskutku historické. Ve čtvrtém ročníku jsem byl na stáži na I. interní klinice. Když skončila, všichni se rozutekli a mne jako opozdilce oslovil vedoucí stáže, tehdy asistent Jirsa, jestli chci ukázat něco zajímavého. Nedokázal jsem odmítnout, stále jsem však nevěděl, o co jde. Zavedl mne do malé místnosti, kde jsem na stole viděl velkou bednu a kus masa na prkénku. Po zapnutí přístroje se slabě rozsvítila obrazovka a světlá horizontální linie. Po přiložení krabičky na kabelu k povrchu zmíněné kýty se tvář asistenta Jirsy rozjasnila a zvolal: „Tady jsou, tady jsou!“ Postupně mi na vertikále ukázal 4 vlnky. Vítězoslavně pak z masové tkáně vytáhl hřebík, kousek nylonové hadičky, skleněnou ty-

činku a tužku. Znovu radostně zvolal: „A to jsou zcela různé materiály – rentgen by to takto nedokázal.“ Pak mi vysvětlil, že bedna je ultrazvukový defektoskop, krabička že je sonda a ty vlnky odrazy od předmětů skrytých ve svalové tkáni. Teprve později jsem se dozvěděl, že práce profesora Jirsy byla první v našem písemnictví a jedna z prvních v literatuře světové. Škoda, že pan profesor pro nezáměrně lékaře v této činnosti nepokračoval a věnoval se při svém nadšení jiným oblastem.

Po letech mi půjčil modernější defektoskop náš největší odborník na fyziku ultrazvuku a jeho průmyslové využití profesor Oldřich Taraba z pražské elektrotechnické fakulty. Vzhledem k mým dosavadním nedostatečným fyzikálním znalostem jsem si po dva semestry chodil poslechnout jeho přednášky. To ho tolik překvapilo, že jsem jej „přelanařil“ také k medicíně a stali se z nás dlouholetí spolupracovníci.

#### Za jakých okolností jste se pak dostal vy sám ke „svému“ prvnímu ultrazvuku?

Brzy se ukázalo, že využití nálezů z defektoskopu – podle vlnové výchylky odrazů jednotlivých tkáňových rozhraní – je velice omezené. Proto byly velkým přínosem přístroje umožňující dvourozměrné zobrazení obrisy vyšetřovaných objektů, kupříkladu plodu. Nejlepší ▶



Ultrazvukový přístroj Picker (1970), první u nás: „Nezbývalo než dlouhé hodiny zkoušet jednotlivé ovládací prvky...“



**prof. MUDr. Evžen Čech, DrSc.**

\* 17. dubna 1932  
v Dolních Počernicích

Studia medicíny absolvoval v roce 1957 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Po promoci strávil tři roky v Českém Krumlově, v roce 1960 byl přijat na I. gynekologicko-porodnickou kliniku FVL UK v Praze. Kandidátskou dizertační práci obhájil v roce 1980, doktorskou v roce 1992. V roce 1985 byl habilitován a v roce 1992 jmenován profesorem pro obor gynekologie a porodnictví. Od roku 1980 strávil deset let na II. gynekologicko-porodnické klinice FVL UK, v roce 1990 se vrátil na I. kliniku jako její přednost. Tuto funkci vykonával do roku 1998, kdy po spojení obou klinik odešel do důchodu. Stále působí jako emeritní profesor a konzultant kliniky. Má malou soukromou ambulanci. Byl členem výboru České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP a třicet let předsedou její sekce ultrazvukové diagnostiky. Je členem Vědecké rady LF UK v Praze a České lékařské akademie. Jako autor, spoluautor či editor publikoval sedm monografií a čtyři učebnice, mezi nejvýznamnější patří „Ultrazvuková diagnostika v porodnictví a gynekologii“ (1974), „Atlas der Allgemeinen Ultraschalltomographie“ (1983), „Ultrazvuk v lékařské diagnostice a terapii“ (1984) nebo učebnice „Porodnictví“ (1999, 2004). Za svou publikační činnost obdržel cenu České lékařské společnosti J. E. Purkyně, České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, dvakrát cenu Českého literárního fondu. Za celoživotní práci v oblasti ultrazvuku mu byla udělena Pamětní medaile J. E. Purkyně České biologické společnosti AV ČR.

reference jsem získal o americkém přístroji Picker. Potíž však byla v tom, že na jeho speciální paměťovou obrazovku bylo uváleno americké vojenské embargo. Později jsem dostal informaci, že tento přístroj mají v neutrálním Rakousku, a podařilo se nám jej z této země zakoupit.

Tím to však pro mne nekončilo. Když přístroj přišel na kliniku, okamžitě se ho zmocnili dva „kádrově zdatní“ lékaři, kteří se s ním na tři týdny zavřeli, i když o ultrazvuk předtím vůbec neměli zájem. Postupně jim však došla trpělivost, protože se nedopracovali žádných výsledků – na Nobelovu cenu to nevypadalo. A tak mi přístroj s radostí vrátili. „Zapomněli“ mi však dát technický i ovládací manuál, což představovalo poměrně objemnou dokumentaci. Nezbyvalo mi než dlouhé hodiny zkoušet jednotlivé ovládací prvky a vzájemně je kombinovat. Obden se mne „kamarádi“ ptali, jak pokračují. Šlo to pomaleji než s manuály, zato jsem nakonec přístroj ovládal jak slepý hodinář orloj. A tak mi „kolegové“ vlastně velmi pomohli – již za dva roky jsem měl dostatek materiálu na vydání knihy.

#### Zažil jste nějaké další problémy s prosazováním nové technologie do praxe?

Většina kolegů přijímala novou metodu a její výsledky se zájmem, ale byly i výjimky. Vzpomínám si na jeden z klinických seminářů, na kterém jsem prezentoval první výsledky z oblasti gynekologie. Bylo to srovnání palpačního vyšetření různými lékaři (včetně mne) a ultrazvukových nálezů verifikovaných operací. Pamatuji se, že to byl soubor více než šedesáti žen a srovnání vyznívalo příznivěji pro ultrazvuk. Po přátelské diskusi a dotazech vstal jeden z „manuálových kamarádů“ a pravil, že si všechno může vyšetřit palpacně a na ultrazvukové vyšetření se mi může vykašlat (použil jiné slovo). Nechtěl jsem s ním „diskutovat“ na této úrovni, a tak jsem mu řekl, že jaro nezastaví, když zabouchne okno. On to bral jako velkou osobní urážku, a dokonce se to projednávalo na stranické skupině. Soudě z toho, že tentokrát se mi nic nestalo, jsem asi marxistickou etiketu neporušil.

Jindy jsem nezištně nabízel dětskému lékaři, zda by nechtěl neinvazivně vyšetřit zvětšené bříško dítěte ultrazvukem. Dostal jsem striktní odpověď, že nebude experimentovat na nebohých malých pacientech a že se bude striktně držet osvědčených klasických postupů. Teď by to asi netrdil. Ale

to byly ojedinělé epizody. Výsledky ultrazvukové diagnostiky prokázaly své bohaté přínosy, a tak se metoda rychle šířila do praxe.

#### Kdy se ultrazvuk konečně začal více rozšiřovat?

Na počátku 70. let se začali scházet uživatelé ultrazvukové diagnostiky z klinických pracovišť – vyměňovali jsme si zkušenosti s ovládáním přístrojů různých výrobců, diskutovali o vyšetřovacích technikách, hodnotili a interpretovali nálezy. V roce 1972 jsme jako jedni z prvních v Evropě ustavili při gynekologicko-porodnické společnosti odbornou komisi. O velmi dobré úrovni práce v Československu se z našich publikací dozvěděli v NDR – pozvali nás proto na školicí seminář, kam přišlo kolem padesáti německých zájemců, dokonce nás přivítal i ministr zdravotnictví. A to přitom východní Německo bylo ve zdravotnické technice velmi v popředí. Na školení k nám pak přijížděli lékaři také z Polska, Maďarska a Rumunska, Rusové vydali překlad naší knihy – podotýkám, že překvapivě kvalitně. Velice pěkná spolupráce se pak rozvinula s Litevci, kteří v roce 1974 navštívili konferenci, již jsme pořádali s profesorem Tarabou v Praze, a od té doby opakovaně pobývali na stážích u nás na klinice. A já zase uspořádal v Litvě školicí seminář s hojnou účastí tamních lékařů. Když se pak ve Vilniusu slavilo 25. výročí ultrazvukové diagnostiky v Litvě, byl jsem velmi potěšen, když mne pozvali.

#### Co vše bylo náplní činnosti vámi založené odborné komise pro ultrazvukovou diagnostiku?

Komise se postupně rozrostla a změnila na sekci odborné společnosti. Díky naší velké aktivitě se od počátku zabývali ultrazvukovou diagnostikou v oboru přímo gynekologové a porodníci, což se ukázalo jako správná cesta. Sekce pořádala každoroční konferenci, které byly zaměřeny nejen metodologicky postupně na všechny oblasti využití; byly řešeny rovněž otázky koncepční i problémy teoretické a výzkumné.

Ultrazvuková diagnostika se v oboru rozšířila do všech krajů a v polovině roku 1985 i prakticky do všech okresů. Sekce měla průběžný přehled o vybavení jednotlivých pracovišť i úrovni práce. Zjišťovali jsme také problémy a možné chyby. To vše se pak edukačně řešilo na každoročních konferencích. Postupně se ultrazvuková diagnostika šířila dále, do ambulancí zařízení a po roce 1990 i do soukromých prací.

V polovině 80. let se také sekci podařilo prosadit pro celou republiku dvoufázové screeningové vyšetření těhotných žen ve 20. a 30. týdnu těhotenství. V té době již bylo ultrazvukem vyšetřováno více než 90 % gravidních. Podařilo se zachytit řadu vrozených vad plodu a také dalších těhotenských patologií. Navázali jsme spolupráci rovněž s dětským kardiologem profesorem Milanem Šamánkem, který se svými spolupracovníky uspořádal mnoho přednášek a školení, na kterých se porodníci seznámili se základy prenatalní diagnostiky srdečních vad. Tak se tato složitá problematika stala součástí screeningového vyšetřování těhotných. Na klinice dětské kardiologie bylo vytvořeno superkonziliární centrum, jež diagnostikovalo a léčebně řešilo závažné případy. V současné době je snadno zavést další ultrazvukové vyšetření již ve 12. týdnu těhotenství, vše se ovšem musí nejprve dojednat s ministerstvem a pojišťovnamí.

#### Máte nějaké příhody z oněch pionýrských dob zavádění ultrazvuku u nás?

Bylo by jich mnoho, asi by vydaly na celou knížku. Nechci zdržovat, tak alespoň dvě.

Pokud má ultrazvuk procházet do tkání při vyšetřování, nesmí být mezi kůží a sondou vzduch. Proto se musí například kůže břicha potřítk tekutým médiem. Voda by vysychala, takže jsme na počátku naší činnosti potírali pacienty olejem – nejčastěji slunečnicovým, později parafínovým. Bylo to sice výborné médium, ale vše (včetně dokumentace i částí oděvu pacientky i lékaře) pak bylo mastné. V polovině 70. let přišel na naši schůzku rozjařený kolega a vítězoslavně nám oznámil, že začal užívat jakýsi gel, který mu namíchali v tamější lékárně. Hned jsme to vyzkoušeli, s gelem se pracovalo výtečně, skluz sondy byl výborný, nic se neumazalo. Zkrátka jsme viděli, že máme co dohánět. Za tři měsíce přišel další odborný schůzce jsem se nezapomněl zeptat kolegy, jak pokračují ve zkoušení gelu. Tentokrát to ovšem nebyla moc taktní otázka – posmutnělý kolega pravil: „To svinstvo nám poškodilo další odborné schůzce jsem se nezapomněl zeptat kolegy, jak pokračují ve zkoušení gelu. Tentokrát to ovšem nebyla moc taktní otázka – posmutnělý kolega pravil: „To svinstvo nám poškodilo další odborné schůzce jsem se nezapomněl zeptat kolegy, jak pokračují ve zkoušení gelu. Tentokrát to ovšem nebyla moc taktní otázka – posmutnělý kolega pravil: „To svinstvo nám poškodilo další odborné schůzce jsem se nezapomněl zeptat kolegy, jak pokračují ve zkoušení gelu. Tentokrát to ovšem nebyla moc taktní otázka – posmutnělý kolega pravil: „To svinstvo nám poškodilo další odborné schůzce jsem se nezapomněl zeptat kolegy, jak pokračují ve zkoušení gelu.““ Zkrátka pan magistr udělal gel příliš agresivní... Neuplynulo však mnoho času a gel, tentokrát neagresivní, jsme začali používat k vyšetřování všichni – a tak je tomu dodnes.

Druhá příhoda je s babičkou, která ke mně přišla na vyšetření



## PŘEDSTAVUJEME

bricha. Když jsem psal negativní nález, pacientka mě oslovila: „Pane doktor, když už jsem tady, mohl byste mi dát ten instrument taky na levý koleno? Poslední dobou mě dost bolí.“ Když jsem se jí snažil vysvětlit, že je to mylné přání, při odchodu zklamaně řekla, že sousedce to pomohlo. Vysvětlila si to jako moji neochotu a jistě mi uvěříte, že jsem toho králíka jako úplatek nedostal.

### Jak se poté ultrazvuková vyšetřovací technika vyvíjela do dnešní podoby, co bylo hlavními milníky?

Dvourozměrná „obrysová“ technika byla prvním krokem k širšímu uplatnění v oboru. Dalším zlepšením byla metoda odstupňované šedi, která navíc umožňovala zobrazení a diferenciaci vnitřních tkání a jednotlivých orgánů. Škarohlídové sýčkovali, že už je to v možnostech ultrazvuku konečná. Vývoj však šel stále dál, a to k dynamickému zobrazování, při kterém je navíc patrný pohyb (plodu, srdečních struktur...). Velkým přínosem se ukázalo být také vyšetřování pochovu.

Jiným směrem se vyvíjela dopplerovská technika využívající stejnojmenného fyzikálního jevu, při němž se mění frekvence odražených vln od pohybujících se struktur nebo tekutin. Již v 70. letech byly zkonstruovány známé malé přístroje, které akusticky umožňují reprodukovat srdeční akci plodu. Později měly i grafickou registraci a další mohou registrovat průtok krve cévami, a to barevným zobrazováním. Rozvoj výpočetní techniky stále dokonaleji objektivizuje analýzu nálezů i jejich záznam a ukládání. Ani nyní však vývoj ultrazvukové techniky zdaleka nekončí.

### Velkým hitem jsou dnes 3D ultrazvuky. Mají pro gynekologa nějaký přínos, nebo je to jen „atrakce“ pro rodiče?

Máte pravdu, využitelnost tohoto trojrozměrného obrazu je pro porodníka poměrně limitovaná. Vidíte pouze povrch plodu, takže se někdy podaří diagnostikovat některé povrchové defekty trupu, končetin, rozštěpy rtu a podobně. Spíše je to však ozdoba fotoalba pro nastávající rodiče za tisíc či více korun. Větším přínosem je ovšem 4D obraz, který ukazuje i vnitřní struktury plodu.

**Kvůli tomu, abyste dobře zvládali práci s ultrazvukem, jste poslouchal přednášky na technice. Musí dnes být každý gynekolog tak technicky poučený?**

Já na to šel opravdu gruntovně, abych metodu poznal co nejlépe a mohl ji pak zasvěceně vysvětlovat a psát o ní. Pro běžný provoz je vhodné znát hlavně základy ultrakustiky, aby uživatel pochopil podstatu vzniku artefaktů, princip užívaných metod a znal i jejich limitace. Také je samozřejmě nutné plně technicky zvládnout ovládání drahých přístrojů. Těm, kteří je umějí jen zapnout a zvládnou pouze bazální nastavení, říkám „krutiknoflíci“.

### Tím se dostáváme i k předávací znalosti a vaší vlastní pedagogické činnosti. Co se vám na ní líbilo nejvíce?

Výuka patří mezi nejdůležitější úkoly kliniky. Je především pro studenty fakulty, ale v současnosti stále více probíhá i výuka postgraduální. Je to jednak klasická pedagogická náplň, stáže, přednášky, zkoušky, ale mně se líbí, že jsou tu i další učitelské činnosti. V minulosti samozřejmě některé z nich byly velmi směšné – rozdávání transparentů a zajišťování účasti studentů na 1. máji či politicko-mravnostní dozor na kolejkách do 23 hodin (co se tam dělo pak, ovšem bylo nejasné).

Mně byly tyto funkce kádrově odpirány, zato jsem byl pověřen zajišťováním prázdninových praxí na chirurgiích, interních a gynekologicko-porodnických odděleních 40 českých nemocnic pro více než 600 studentů. Tuto práci nikdo nechtěl dělat, protože představovala stovky dopisů a dohadování a také osobní rozdělování jednotlivých míst. Jeden pracovník se z toho zhroutil. Já to pojímal zcela jinak. Po ohlášení jsem na jaře všechny nemocnice osobně navštívil (jezdili jsme rektorátní dodávkou). Místo příkazů jsem přátelsky pohovořil s řediteli a primáři a vše včetně výuky, ubytování a stravování jsme vyřešili na místě. Po týdnu jsme mohli na děkanátu vyvést seznam praxí, podle kterého se studenti přihlašovali. Tuto práci jsem organizoval 20 let bez újmy na zdraví.

Na klinice jsem dále řadu let vedl zájmový kroužek, kdy studenti sloužili služby, při kterých ti zkušenější vedli i porod. Byli také pověřováni drobnými výzkumnými úkoly, které velice často úspěšně obhajovali na fakultních a celostátních studentských konferencích. Pro tyto studenty jsem založil tradici výběrových přednášek, kterých se dodnes rád aktivně účastním. Mnozí z nich jsou nyní váženými primáři, někteří úspěšnými lékaři na pražských klinikách; čtyři zastávají významné odborné funkce přímo



na naší klinice, jeden z nich je dokonce na prahu profesury. Tyto někdy pracně činnosti jsem vykonával velice rád, protože mi připomínaly moji studentskou praxi v kladenské nemocnici a působení v České Krumlově.

Důležité jsou rovněž učební texty, spolupracoval jsem na řadě skript a učebnic. Nejvíce si považuji spolueditorské a spoluautorské práce na přípravě učebnice „Porodnictví“ (1999 a 2004). Moc mne těšilo, když studenti již po zkoušce upřímně knihu pochválili, a také to, že se z ní učí i mladí lékaři před atestací a že ji budoucí porodní asistentky mají ve větší oblibě než své vlastní, podstatně útlejší učební texty.

### Napsal jste i řadu dalších knih, monografií a odborných článků. Kterých si ceníte nejvíce?

Každá z nich měla specifické poslání, které jsem v nich chtěl co nejlépe vyřešit. Z monografií mám nejvíce zážitků z té první, v roce 1974 vydané „Ultrazvukové diagnostiky v porodnictví a gynekologii“. Byl jsem rád, že vyšla s předstihem a že nám oproti světu neujel vlak. První publikaci o dvourozměrném obrazu v našem oboru vydali Američané, ale to byl spíš obrazový atlas s minimem textu. Druhá vyšla v Belgii, avšak v jiném pojetí. Do mé knihy přispěl profesor Taraba fyzikální bioakustickou kapitolou a v dalších částech jsem popsal nejen všechny indikace k využití dvourozměrného obrazu v porodnictví a gynekologii, ale předcházely tomu i kapitoly o přístrojové technice, bezpečnosti, technice vyšetřování a perspektivách metody. V závěru jsem měl přehled téměř kompletní literatury k tématu, což v té době ještě bylo možné. Kniha mohla vyjít alespoň o rok dříve, ale tehdejší přednosta ji měl celou dobu v šuplíku. Jako největší problém za celou dobu shledal,

že jsem knize chtěl dát latinské motto vystihující počáteční obtíže při uplatňování ultrazvuku. Citát zněl v překladu „Přes překážky ke hvězdám“ a profesor jej považoval za nevhodný, protože by si to někdo mohl vykládat v souvislosti se symbolikou americké vlajky. Po poradě s Járou Cimrmanem jsem k přednostově spokojenosti napsal motto jiné. Přednosta se pak mohl bez politických obav připsat jako spoluautor.

Jsem rád, že vyšly i další monografie. Ta nejobsáhlejší, „Ultrazvuk v lékařské diagnostice a terapii“, byla editorky obtížná; nechtěl jsem, aby z ní při 20 spoluautorech vznikl pouhý interdisciplinární sborník. Myslí, že se mi to povedlo. Potěšily mne také cizojazyčné monografie, protože pro mne představovaly mezinárodní zájem. Pokud byste se mě ale zeptala, kterou publikaci mám nejradši, odpověděl bych, že svůj první článek, který se věnoval porodnické analgezi. Když jsem přišel z Krumlova, řada mladých kolegů, kteří začínali přímo na klinice, se chlubila, že spolupracují se zkušeným odborníkem a jsou spoluautory profesorových prací – a já venkovan. Tak jsem začal pilně pracovat a sám jsem (s výjimkou statistického zpracování) sepsal uvedený článek. Moc mne potěšilo, že můj velký učitel Karel Klaus jej s malou pochvalou schválil do tisku. Když jsem se pak dozvěděl, že uvedení kolegové byli ke zmíněným pracím připsáni za to, že nosili biologické materiály do laboratoří, neměl jsem mnoho důvodů k venkovským komplexům.

### Pokud to můžeme na závěr shrnout, v čem dle vás spočívají největší přednosti a výhody ultrazvukové diagnostiky ve vašem oboru?

Většina zobrazovacích metod pracuje na elektromagnetickém ne-

bo ionizačním fyzikálním principu. Oproti tomu podstatou ultrazvukové diagnostiky je mechanické vlnění o vysoké frekvenci a minimální intenzitě. Je to vyšetření neinvazivní, nebolestivé, s ověřenou bezpečností a s okamžitými výsledky. Má široké využití v obecné gynekologické diagnostice, (myomy, cysty, IUD...). Je prakticky nejdůležitější zobrazovací metodou v onkogynekologii, urogynekologii i asistované reprodukci. Využití má také při chorobách prsu.

Plodové vejce se zjišťuje již od 5. týdne těhotenství, v jeho dalším průběhu se zobrazuje plod, placenta i oblast plodové vody. U plodu ultrazvuk umožňuje stanovit jeho rozměry, zobrazit jednotlivé orgány i další vnitřní struktury, registruje také pohyby plodu, srdeční činnost, průtok cévami a tak dále. Vzhledem k dostupnosti a systému ultrazvukového vyšetřování těhotných v Česku se tato metoda rozhodujícími způsobem podílí na perinatologických výsledcích, s nimiž se řadu let pohybujeme na absolutní světové špičce.

Na závěr jedna myšlenka: Porodnictví je staré jako lidstvo samo, většinu tohoto dlouhého času ovšem v přírodní podobě; až od konce 18. století lze sledovat počátky klasického porodnictví, kdy se postupně zlepšovala péče o ženu, přibývali odborníci i instituce. Informace o plodu však byly do konce 60. let minulého století velmi limitovány. Teprve pak začíná prozatím krátká etapa moderního porodnictví a k tomuto rozvoji významně přispívá i ultrazvuková diagnostika. Jsem rád, že jsem při tom mohl být.

### Byl jste velmi pracovně vytížený, ale ani nyní, v důchodovém věku, si nedopřáváte přílišného odpočinku...

Zatím mne stále baví se zabývat medicínou. Jedenkrát za týden navštěvují kliniku, jednou měsíčně máme zasedání vědecké rady fakulty a mimo to mám malou soukromou ordinaci – samozřejmě s ultrazvukem. Víím, že u každého jednou přijde čas vše ukončit, ale já jsem prozatím se svými důchodovými aktivitami spokojen.

### Pokud zrovna nepracujete, co rád děláte ve volném čase, jaké máte koníčky?

Rád jsem sportoval, poslouchám hudbu, dost čtu, jedenkrát za měsíc se scházíme se starými skauty a také se věnuji kynologii – mám dvě hezké labradorky, které mne nenechají v klidu.

# Stín nikdy není černý

„Na motýla jsem se dívala lupovými brýlemi, a když jsem viděla úžasnou stavbu motýlího křídla, pochopila jsem, že tohle nebudu nikdy schopná namalovat. Můj obrázek je ve srovnání s tím, co jsem viděla, jenom náčrt,“ říká doktorka **Zora Dubská**.



**L**upové brýle, pastelky a motýli se nesetkali náhodou. As. MUDr. Zorka Vašíčková-Dubská, CSC., oftalmoložka specializovaná na makulu, aktivně odpočívá při výtvarné činnosti.

## Přivedl vás někdo k malování, nebo jste jej pro sebe objevila sama?

Můj dědeček studoval malířství na výtvarné akademii, ale musel se vrátit na grunt. Maloval krásné obrazy, psal básně, sbíral kameny... Lásku ke krásě a umění, také ke klasické opeře, po něm zdědil můj otec, povoláním stomatolog. Vzor jsem vždy měla ve svých rodičích, maminka byla primářka na kožní klinice. Odjakživa jsem tedy věděla, že budu chtít studovat medicínu. Ale malování byl můj koníček. V sobotu dopoledne bývala škola, volno začalo až odpoledne a v rozhlase vysílali hru, v neděli pohádku. Poslouchala jsem a při tom jsem si kreslila. Snažila jsem se nějakým způsobem ztvárnit děj, realizovat krásu, kterou vidím.

## Měla jste možnost rozvíjet tento svůj talent dál?

Měla jsem štěstí. Maminka pro mne, mou sestru a bratra našla učitelku kreslení. Paní malířka Helena Šindelářová-Žváčková byla žákyní Jana Zrzavého. Byla to až mystická bytost, malovala květiny, madony a tanečnice. V jejím podkrovním bytě byly stěny pokryté obrázky, nábytek omalovaný květinami a vonělo to tam ter-

pentýnem, čajem a sušenkami. Kreslili jsme podle reprodukcí soch v knížkách, podle přípravných předlohy, ale také jsme volně tvořili. Paní malířka nás laskavě vedla a opravovala. Studovala i ve Francii a psala básně ve francouzštině. I díky ní a zvláště naší mamince jsem na tento jazyk a kulturu hodně orientovaná.

Na konci 70. let tatínek náhodou viděl výstavu Výtvarné skupiny lékařů. Přál si, abych se pokusila o přijetí. Předložila jsem tedy své obrázky komisi, ta je posoudila a měla jsem tu čest připojit se. Výstav této skupiny se zúčastňuji jako autorka a pomáhám i s jejími organizací. Na velké expozici ve Starých Hradech u Libáně jsem měla čtyřiaadvacet obrazů, plastiky a restaurátorské práce. Ráda jsem také modelovala z moduritu. Udělala jsem si z něj vodní vílu, panenky s růžemi v náručí a na kloboučku nebo čerty jako dárky na Mikuláše. Těší mě připravovat maličkosti pro radost a z lásky.

## Modelem se vám stává zlomek nebo kousíček přírody – stoněk s květem růže, kvítek macešky, klidná krajina. Proč je tomu tak?

Neumím si vymýšlet, co mám ztvárnit, musím to vidět. Měla jsem představa, že bych si ráda nakreslila motýla – je to fantastický boží výtvar. Protože jsem zvyklá pracovat podle přírody nebo nějaké předlohy, hledala jsem vzor v motýlech vystave-

ných v květinářství. Byli nádherní, modří, černí, lesklí s pruhy. Koupila jsem si jich řadu a jednoho si vybrala k malování. Hned na začátku jsem pochopila, že můj motýl je až příliš nádherný, že takový obraz nejsem schopná vytvořit. Dívala jsem se na něj lupovými brýlemi, které používáme třeba na plastické operace, a obdivovala jsem úžasnou stavbu třeba i jen motýlího křídla. Načrtla jsem tedy tvar motýla a do něj z každého vzoru vložila nějaký prvek, kousíček. Někde červenou barvu jako skvrnu nebo zelený pruh odjinud, jeden motýl jako syntéza všech nádherných předloh. Můj obrázek je však ve srovnání s tím, co jsem viděla, jenom takový náčrt.

## Oko je malé, schová se do dlaně, makula by zmizela za špičkou prstu. Pěstuje oftalmologie smysl pro detail?

V makule, maličké části sítnice zodpovědné za přesné centrální vidění, jde často o takřka nepatrné detaily, které musíme rozpoznat, sledovat a léčit. Operovat oko je něco výjimečného, ať už jde o přední segment nebo sítnici. Vyměnit zkalenou čočku, vstít do rohovky nový terč, pracovat pod mikroskopem jemnými nástroji na sítnici, ale také zkrášlit oko při plastické operaci víček, to vše je velké umění. Medicína se rozšiřuje a výkony jsou stále detailnější a odvážnější. Vždyť již lze zachránit zrak rozpuštěním embolu, v jiných oborech zachránit život například mikrochirurg-



Foto: 4x Leoš Chodura

gickým uzávěrem prasklé cévní výdutě na bazi lební nebo zavedením výztuže do srdeční tepny. Nesmírně si vážím každého, kdo takovou práci dělá, všech spolupracovníků ve zdravotnictví i výzkumu.

## Vedete Makulární centrum na Oční klinice 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, často také přednášíte. Posлуhači na fakultě se prý k vám na výuku těší i proto, že ji doprovází vaše obrázky.

K té spoustě textů i zcela odborných vyobrazení se občas sna-

žím vložit nebo přidat něco pro zpestření a odlehčení. Například v přednášce o věkem podmíněné makulární degeneraci jsem pigmentový epitel přirovnávala k podhoubí. Na chalupě jsem hledala nějakou pěknou houbu na kreslení, ale byla tam jen jedna zelená muchomůrka, tak jsem ji nakreslila a už byla v přednášce. Na kongresech vždy fotografuji a shromažďuji aktuální obrázky pro výuku.

## Obrázky malujete po chvilkách, nebo potřebujete vědomí většího bloku času?

Určitě to druhé, ovšem je o něj čím dál větší nouze. Potřebuji k malování nejen klid, ale i pohodu, čas – a světlo. Než začnu, musím si napřed všechno přesně rozvrhnout. Záleží i na technice, jakou budu pracovat. Často kreslím pastelkami, maluji však i olejovými barvami, těší mě sytost barvy na plátně nebo na kartonu. Rychlejší je tempera. Nejvíc mi ovšem vyhovuje tužka a křída. Mám ráda věci působící lehce a příjemně barevně. I na tuhle práci se hodně soustředím, ponořím se do ní. Obrázky většinou ukazují až úplně dokončené. U nás doma se říká: „Udělej to hotový!“ Tak ráda bych se





tím řídila i ve zdánlivě malých věcech.

### Více času bude určitě o dovolené, budete malovat i tam?

Letos opět pojedeme na dovolenou do Rovinje, mám moc ráda slunce, trhy, květiny, ovoce, plavání v moři. V něm žijí i vzácné tmavě pruhované ryby, mají blankytně modrou skvrnu na boku, která se ve slunečních paprscích jen na okamžik zatřpytí. Jednou jsem malovala u profesora Holmana podzimní zátiší s jirinami. On sám byl renomovaný malíř Podkrkonoší. Podíval se na můj obraz a řekl: „Stín nikdy není černý, může být šedý, hnědý, fialový, ale černý nikdy ne.“ Vzpomněla jsem si na jeho radu, když jsem se snažila namalovat tu kouzelnou rybu v mořské hlubině.

### Pomáhají vám pastelky a čtvrtka přežít i zlé věci?

Kdysi manžel náhle onemocněl a museli jsme ho odvézt do nemocnice. Vracela jsem se s úzkostí pěšky domů. Cestou jsem uviděla nádhernou žlutooranžovou růži, koupila jsem ji a ve směsi strachu a naděje jsem se celou noc snažila ten dokonalý květ zachy-

tit. Tenhle obrázek je pro mě symbolem naděje a lásky.

### Fundovanou rádkyni máte i v rodině. Na výstavě lékařů-výtvarníků ve Faustově domě visely obrazy nejen vaše, ale rovněž vaší dcery. To je další generace malířská, nebo i lékařská?

Starší dcera je dermatoložka. Domnívám se, že má na rozdíl ode mne skutečně výtvarné nadání, já třeba neumím malovat abstraktně, jsem realista... Na výstavě má šestiřádkový biblický cyklus „Potopa“.

Ještě k tomu realismu: Mým oblíbeným výtvarníkem je Adolf Záborský, slavný malíř, grafik a ilustrátor dětských knih. Jako dítě jsem k němu s tatínkem chodila do ateliéru a pozorovala, jak tvoří. Inspirovala ho příroda a jeho obrázky byly veselé a laskavé, ať už to byla zvířátka nebo děti na saních v zasněžené krajině. Měl jednoduchou linku, bylo to plné imprese a zároveň ze života. Říkal mi: „Zorenko, vezmi si náčrtník, tužku, běž ven a kresli, co vidíš.“ Od mistra Záborského mám olej, jablůňku, a mám k tomu obrazu hodně hluboký vztah, vždyť mi ho navíc věnoval tatínek.

### Chodíváte často na výstavy?

Ano, velice ráda, na moderní i staré umění, vítám společnost dcer, syna nebo mé sestry. Ráda si pak s nimi o dojmech z výstavy povídám. Pokud to jde, někdy obrazy také kupuji. Zamilovala jsem se do grafiky Tavíka Františka Šimona, neodolala jsem a koupila si jeho grafický list z Paříže, na němž jsou bukinisté a za nimi Notre Dame. Paříž je mi hodně blízká a jeho pojetí přesně vystihuje i to, co k ní cítím já. Moc ráda mám tapiserii z 15. století, se kterou jsem se setkala v Musée Cluny. Jmenuje se „La vue“ (Zrak) a je na ní jednorozec, který se na sebe dívá do zrcadla, vidí se, a proto se na sebe usmívá. Zvolili jsme tento výjev za logo pro naše makulární centrum a reprodukci jsme umístili do čela ambulance. Naším přáním je, aby se naši nemocní také tak mohli usmívat na svět, protože dobře vidí.

Velice děkuji za možnost vystavovat v Akademickém klubu 1. lékařské fakulty UK ve Faustově domě v Praze. To místo na akademické půdě má zvláštní neopokovatelnou atmosféru a kouzlo.

Jana Jílková

## KONÍČEK LÉKAŘE



Inzerce A111011727

# Deník E15 nyní také v prodeji

**15 MINUT PRO  
EKONOMIKU & BYZNYS**



MLADÁ FRONTA



MLADÁ FRONTA



www.E15.cz

# Akademické prémie 2011

Prestižní Akademickou prémie – Praemium Academiae udělil 30. 6. 2011 v sídle Akademie věd ČR její předseda profesor Jiří Drahoš dvěma českým vědcům – profesoru Martinu Hofovi a docentu Jiřímu Homolovi.

Akademickou prémie do výše 5 mil. Kč ročně získávají po dobu šesti let mimořádné vědecké osobnosti, které již založily vědecké školy a v mezinárodním měřítku patří ke špičce svého oboru. Smyslem ocenění, jež ovšem není udělováno za celoživotní zásluhy a nelze jej obdržet opakovaně, je finanční podpora našich badatelských kapacit a vytváření podmínek pro rozvoj jejich vědeckého potenciálu. Částka je čerpána z celoaikademického rozpočtu ve formě adresného navýšení prostředků příslušného pracoviště.

## Vývoj další generace optických biosenzorů

Docent Jiří Homola je vedoucím sekce fotoniky a oddělení optických senzorů Ústavu fotoniky a elektroniky Akademie věd ČR. Zabývá se výzkumem biosenzorů, především optických, založených na excitaci povrchových plasmonů. Biosenzory s povrchovými plasmony se staly důležitým nástrojem v molekulární biologii a uplatňují se i při vývoji a charakterizaci nových léčiv. Tým docenta Homoly vyvinul řadu nových unikátních

biosenzorů s povrchovými plasmony a s jejich pomocí detekoval látky s významem pro lékařskou diagnostiku (biomarkery onemocnění, protilátky, hormony), ochranu životního prostředí (pesticidy, polycyklické aromatické uhlovodíky) a kontrolu kvality a bezpečnosti potravin (bakteriální patogeny a toxiny).

V posledních letech se Jiří Homola věnuje výzkumu speciálních nanostruktur, na kterých mohou existovat různé formy povrchových plasmonů. Vlastnosti těchto plasmonů lze přizpůsobit specifickým požadavkům různých aplikací volbou tvaru, rozměru a materiálu, a to jak individuálních nanoobjektů, tak jejich organizovaných systémů. Protože rozměry použitých nanoobjektů jsou srovnatelné s velikostí biomolekul, v principu lze pomocí těchto nanostruktur vytvářet lokalizovaná elektromagnetická pole a jejich pomocí pozorovat individuál-



Zleva doc. Jiří Homola, prof. Jiří Drahoš a prof. Martin Hof. | Foto: AV ČR

ní molekuly a jejich interakce. To pro výzkum biosenzorů nabízí nové neprobádané možnosti.

## Nové metody pro biofyziku a biologii

Profesor Martin Hof pracuje jako vedoucí oddělení biofyzikální chemie v Ústavu fyzikální chemie J. Heyrovského Akademie věd ČR. Za posledních deset let se mu podařilo založit novou vědeckou skupinu a zároveň dva nové směry výzkumu v České republice. Prvním je vývoj nových fluorescenčních technik a jejich aplikace v biologických vědách. Jeho výzkumná skupina pronikla v této oblasti do

světové špičky. Dále se podílel na vývoji metody k rozlišení příspěvků jednotlivých molekul ve fluorescenční korelační spektroskopii na základě rozdílných dob života fluorescence a využil ji ve výzkumu membrán a též k objasnění mechanismu kondenzace molekul DNA.

„Díky pokročilým fluorescenčním metodám, které vyvíjíme, se můžeme zabývat fundamentálními biofyzikálními a biologickými problémy a poskytovat nové důležité poznatky v biofyzice membrán, molekulární biologii membrán i proteinovém inženýrství,“ vysvětluje profesor Hof. (Jass)

## Léčba metastatických nádorů ledvin

Na sklonku června byla v Akademickém klubu 1. LF UK slavnostně pokřtěna odborná publikace „Léčba metastatických nádorů ledvin“ (Galén). Monografie předních odborníků prof. MUDr. Luboše Petruželky, CSc., prof.

MUDr. Marka Babjuka, CSc., a kolektivu autorů shrnuje současné znalosti o léčbě metastatických nádorů ledvin. Knihu pokřtil předseda Českého centra mezinárodního PEN klubu, básník a textař Jiří Dědeček. (leo)



Zleva prof. Petruželka, prof. Babjuka a Jiří Dědeček. | Foto: Leoš Chodura

# Projekt Physi-Sci-Net – vzdělávání vzdělaných

Tři lékařské fakulty Univerzity Karlovy (1. lékařská fakulta v Praze, Lékařská fakulta v Plzni a Lékařská fakulta v Hradci Králové) spolupracují od konce roku 2009 na řešení projektu Physi-Sci-Net – sítě pro zkvalitnění personálního zabezpečení

výzkumu a vývoje prostřednictvím dalšího odborného vzdělávání a zkvalitnění technického zabezpečení.

Projekt Physi-Sci-Net (který čerpá finanční podporu z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky, konkrétně z Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost) byl zahájen v září roku 2009 a potrvá do srpna roku 2012. K jeho hlavním ambicím patří systematické navazující vzdělávání akademických pracovníků a posilování zájemců pro jejich další vývoj a propojování s praxí. Je zaměřen na podporu spolupráce na poli klinické i experimentální medicíny, fyziologie, patofyziologie a biomedicínské techniky a informatiky.

Při realizaci projektu je kladen důraz na hledání a udržování odborných interdisciplinárních kontaktů, které se vytvářejí prostřednictvím seminářů a vysoce specializovaných praktických kurzů, v nichž se účastníci rovněž

mají možnost seznámit s unikátními postupy a špičkovými přístroji – nástroji aktuálního výzkumu a vývoje v moderní medicíně. Příkladem může být plně automatický ventilátor s režimem IntelliVent pro umělé dýchání nebo aparatura pro měření energetického metabolismu tkání (metodou *high-resolution respirometry*).

Hlavní cílovou skupinou pro tuto formu dalšího vzdělávání jsou postgraduální studenti, začínající vedoucí výzkumných týmů, ale i mladí lékaři, kteří chtějí přispět k rozvoji lékařskému výzkumu a vývoje. Od zahájení projektu Physi-Sci-Net již jeho specializovanými kurzy, semináři a workshopy prošlo 145 zájemců z řad pregraduálních a postgraduálních studentů, mladých vědecko-výzkumných a akademických pracovníků.

Podrobné informace je možno vyhledat na webových stránkách projektu [www.physiscinet.cuni.cz](http://www.physiscinet.cuni.cz), reference lze získat rovněž u vedoucího projektu prof. MUDr. Otomara Kittnara, CSc. (Jass)

## Prezident jmenoval nové profesory

Prezident republiky Václav Klaus jmenoval 24. června 2011 ve Velké aule Karolína 80 nových profesorů, mezi nimi i řadu lékařů a dalších specialistů v příbuzných oborech.

Na návrh Vědecké rady Univerzity Karlovy v Praze byli jmenováni: Martin Doležal (pro obor farmaceutická chemie), Milan Hora (urologie), Jiří Jirka (vnitřní nemoci), Jaroslav Lindner (chirurgie), Richard Rokyta jr. (vnitřní nemoci), Ivan Rychlík (vnitřní nemoci), Petr Sedláček (pediatrie), Pavel Seeman (lékařská genetika), Lenka Skálová (biochemie), František Štaud (humánní a veterinární farmakologie), Lenka Šulová (klinická psychologie).

Na návrh Vědecké rady Masaryko-

vy univerzity v Brně: Jiří Damborský (biochemie), Alois Kozubík (molekulární biologie a genetika), Radek Marek (biomolekulární chemie), Vladimír Vašků (dermatovenerologie), Zbyněk Vybíral (sociální psychologie).

Na návrh Vědecké rady Univerzity Palackého v Olomouci: Roman Herzig (neurologie), Pavel Horák (vnitřní nemoci), Martin Köcher (radiologie), Hana Kolářová (lékařská biofyzika), Radovan Pilka (gynekologie a porodnictví), Josef Zdražil (vnitřní nemoci).

Na návrh Vědecké rady Veterinární a farmaceutické univerzity Brno: Jiří Klimeš (farmaceutická chemie), David Modrý (veterinární mikrobiologie, parazitologie a imunologie), Jarmila Vinšová (farmaceutická chemie).

Na návrh Vědecké rady Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích: Marek Jindra (molekulární a buněčná biologie a genetika).

Na návrh Univerzity obrany: Karel Odrážka (vojenská radiobiologie).

(mč)

## ZE SPOLEČNOSTI

# Fotografická výstava o životě hemofiliků a **Národní den hemofilie**

Informovat veřejnost o skutečném životě hemofiliků bude speciální fotografická výstava na téma „Společně o hemofilii“, která bude v průběhu roku prezentována po českých a moravských nemocnicích.

## Dvacet čtyř fotografií ze života českých hemofiliků

Fotografická výstava přibližuje život malých dětí, dospívajících i starších lidí, které spojuje stejný osud. Od svého narození se potýkají s hemofilií, která do značné míry ovlivňuje jejich život. Autorem fotografií je český fotograf Jiří Hurt (1968). „Do fotografií jsem se snažil vložit emoce, které zachycují lidský ži-

vot takový, jaký ve skutečnosti je. Fotografie vznikly během několika setkání jak s dětskými, tak i dospělými pacienty. Během těchto setkání jsem se přesvědčil, že i lidé s tak závažným onemocněním mohou prožívat normální život bez omezení, rozpoznali se jejich nemoc včas a dostane-li se k nim moderní léčba,“ popisuje vznik fotografií Jiří Hurt.

## Letos poprvé vyhlášen Národní den hemofilie

Světová federace hemofilie WFH sice vyhláší již více než deset let 17. duben Světovým dnem hemofilie, ale letos poprvé byl na 22. června vyhlášen Českým svazem hemofiliků i Národní den hemofilie. „Světový den se nese spíše v duchu společných setkání hemofiliků, ten český je trochu odlišný. Stále více se projevuje

fakt, že naše laická, ale bohužel i odborná lékařská veřejnost nejsou dostatečně informovány o podstatě i detailech této krevní choroby. Není to tedy jen formalita v záplavě podobných ‚dnů něčeho‘, ale smysluplné a cílevědomé působení na veřejnost s úkolem seznámit s problémy kolem hemofilie co možná nejširší skupinu lidí. Téměř každý o ní asi slyšel, ale jen málokdo si



Foto: Jiří Hurt

pod tímto pojmem dovede představit něco konkrétního. Tomu má Národní den hemofilie alespoň částečně pomoci,“ vysvětluje předseda Českého svazu hemofiliků PhDr. Vladimír Dolejš. (red)

## AWD pomáhá zkvalitnit život dětem nakaženým HIV

Naděje na lepší život dětem postiženým HIV přinese AWD nadace Pomoc dětem, která částkou téměř 100 tisíc korun přispěla na lékařskou péči a stravování 50 sirotků v Kambodži. Prostředky putovaly na konto koordinátora charitativních projektů organizace Magna Děti v tísní.



Foto: archiv Magna Děti v tísní

„Náš projekt se zaměřuje především na děti, které kvůli této zrádné nemoci osiřely a najednou se ocitly na ulici. Tyto děti jsou pravidelně vystavovány psychickému stresu, často chybí ve škole a celkově zaostávají za ostatními. Kromě samotného onemocnění často trpí podvýživou, která je ohrožuje na životě a značně znevýhodňuje oproti zdravým dětem. Díky našim dárcům jim můžeme poskytnout kvalitnější péči a stravu,“ dodává výkonný ředitel Magna Děti v tísní Martin Bandžák.

Kambodža se v současnosti vzpamatovává z dlouhotrvající občan-



Foto: archiv Magna Děti v tísní

ské války a následné stagnace. V současnosti zde žije na 67 200 lidí infikovaných virem HIV, mezi nimi i řada dětí. Ty, i když se narodí zdravé, jsou nadále významně ohroženy podvýživou, která způsobuje úmrtnost zejména dětí mladších 5 let, a to až u 83 případů na 1000 dětí v tomto věku. Čtyři z deseti dětí mladších 5 let přitom trpí podvýživou. Příspěvek organizaci Magna Děti v tísní na HIV postižené děti v Kambodži patří mezi řadu projektů, kde letos AWD nadace Po-

moc dětem pomáhala. Prostřednictvím občanského sdružení Život dětem podpořila též mj. nákup ultrazvukového přístroje pro porodnické oddělení nemocnice v Šumperku a pořízení speciálního přístroje na měření elasticity kůže pro Centrum popálenin Fakultní nemocnice Ostrava. Za rok 2010 AWD nadace Pomoc dětem přispěla na pomoc handicapovaným a nemocným dětem částkou 1,6 milionu korun.

Více informací:

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

(red)

## Den LDN vynesl 100 tisíc korun na vybavení pokoje

Den LDN, který ve Vysokém Mýtě uspořádaly odbor zdravotnictví Krajského úřadu Pardubického kraje a Vysokomýtská nemocnice, vynesl díky sponzorům i návštěvníkům kulturního programu na náměstí sto tisíc korun na vybavení léčebny.

Kromě toho se lidé seznámili s péčí o dlouhodobě nemocné pacienty. Ta se totiž nemusí týkat jen starších lidí, ale kohokoli po vážnějším úrazu i nemoci. Proto je podle krajské radní pro zdravotnictví Markéty Tauberové dobře, že se lidé o péči v LDN dozvědí více. „Léčebny dlouhodobě

nemocných nejsou místem, kam by lidé chodili umírat. Naopak – snahou všeho personálu je, aby se pacienti co nejdříve vrátili do normálního života,“ uvedla radní. Spokojena je i ředitelka nemocnice Romana Mrázová. „Chtěli jsme informovat laickou i odbornou veřejnost

o možnostech poskytování služeb dlouhodobě péče podle individuálních služeb klienta a jsem ráda, že nám vyšli vstříc i sponzoři.“ Díky tomu mohlo vedení nemocnice vybavit potřebným zařízením v hodnotě sto tisíc korun celý dvouúložkový pokoj. (red)

Foto: archiv Vysokomýtské nemocnice



# Cenu Karla Pavlíka získal profesor Raimund Margreiter

Přednosta Kliniky všeobecné a transplantační chirurgie Lékařské univerzity v Innsbrucku profesor Raimund Margreiter převzal poslední červnový den v pražském Karolinu z rukou předsedy správní rady Nadace Karla Pavlíka MUDr. Štefana Vítka, CSc., výroční cenu České transplantační nadace za rozvoj transplantační medicíny za rok 2010.

Prorektor Univerzity Karlovy prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., ve Velké aule Karolina připomněl slavnou historii této univerzity, která má dnes 17 fakult, z toho 5 lékařských. Uvedl, že jednou z činností univerzity je také mezinárodní spolupráce, v jejímž rámci UK navázala kontakt i se všemi univerzitami v Rakousku, jež se nacházejí ve Vídni, Štýrském Hradci, Innsbrucku a Salcburku. Děkan 2. LF UK doc. MUDr. Ondřej Hrušák, Ph.D., ve svém krátkém sdě-

lení mimo jiné označil transplantační medicínu za křižovatku mezi smrtí a životem. Poctěný profesor Margreiter v rámci poděkování zmínil, že budoucnost transplantační medicíny vidí optimisticky a že je přesvědčen, že přijde doba, kdy budeme schopni transplantovat prakticky všechny lidské orgány.

## Dlouhá řada priorit

Letošní laureát profesor Raimund Margreiter z Univerzity v Innsbrucku se narodil v ro-

ce 1941. Jeho otec i děd byli lékaři, sám patří k nejuznávanějším transplantačním chirurgům na světě. V roce 1983 jako první na světě provedl současnou transplantaci jater a ledviny a v roce 1995 jako první v Rakousku transplantaci tenkého střeva. Jeho neznámějším pacientem se však stal Theo Kletz, který při likvidaci bomby přišel o obě ruce. V březnu 2000 mu tým profesora Margreitera transplantoval obě ruce. Byl rovněž průkopníkem clustero-

vých, tedy kombinovaných transplantací několika nitrobráňních orgánů najednou. Dlouhodobě se zabývá rovněž chirurgií rakovinných nádorů.

Oceněný se intenzivně věnuje práci ve vědeckých společnostech, v současnosti je prezidentem Evropské chirurgické asociace (ESA). Napsal 715 původních prací a působí jako člen redakčních rad prestižních lékařských časopisů, mj. Transplantation, Liver Transplantation, Clinical Transplantation,

Transplant International či Open Immunology Reviews.

V mládí byl znám jako velký dobrodruh. V roce 1970 se zúčastnil záchranné expedice na Mount Kenya, v roce 1978 byl členem první úspěšné rakouské výpravy na Mount Everest. Sám na kajaku zdolal více než 1000 km dlouhý tok Amazonky.

## Pocta domácím i zahraničním vědcům

Mezi dřívější laureáty Výroční ceny Karla Pavlíka patří profesor Paul Terasaki z Los Angeles, který jako první popsal význam protilátek při transplantaci ledviny, nebo profesor Jean-Michel Dubernard z Lyonu, který provedl první transplantaci rukou i první transplantaci tváře na světě. Z českých vědců tuto cenu obdrželi profesoři Vladimír Kočandrla a Vladimír Bartoš, kteří provedli první úspěšné transplantace ledviny a slinivky břišní u nás, nebo MUDr. Pavel Ivanyi, který stál u zrodu jednoho z nevyznamnějších imunologických objevů vůbec, a to transplantačních antigenů, dále pak docent Jiří Jirka či profesor Jaroslav Hejnal.

Česká transplantační nadace uděluje svou výroční cenu od roku 1998 českým a zahraničním lékařům, kteří mimořádným způsobem přispěli k rozvoji transplantační medicíny. Nadace Karla Pavlíka byla založena v roce 1992. Jejím hlavním posláním je podpora dárcovství a transplantací orgánů. Nese jméno nemocného, jemuž byla v roce 1966 jako prvnímu v republice úspěšně transplantována ledvina. Dárkyní byla jeho matka. Ke slavnostní atmosféře přispělo hudební vystoupení Sommerova kvarteta doprovázeného sopranem Veroniky Holbové. (eta)

## Pozvánka na konferenci

Na podzim se do Prahy již tradičně sjedou odborníci působící v oboru prevence rizikového chování.

V budově Magistrátu hl. m. Prahy na Mariánském náměstí se uskuteční již VIII. ročník tradiční konference Primární prevence rizikového chování 2011, která je letos zasvěcena tématu „Minimální preventivní program v kontextu školské prevence aneb dokážeme opravdu vytvořit mezioborový a mezi-

resortní model prevence v českých školách?“. Organizátorem konference, která se koná ve dnech 7.–8. 11. 2011, je Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha. Zájemci se mohou registrovat do konce srpna na webu [www.pprch.cz](http://www.pprch.cz), kde také naleznou bližší informace. (red)

## Vzdělávací semináře 3M

U příležitosti 25. výročí značky Tegaderm připravila společnost 3M, sekce zdravotnictví, cyklus praktických seminářů v nemocnicích na téma „Prevence infekcí krevního řečiště aneb je krytí katétru místo činu?“.

Semináře jsou zaměřené na vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti prevence infekcí krevního řečiště a správné aplikace krytí i. v. katétrů. V této oblasti patří značka Tegaderm k tradičním spolehlivým partnerům. Koncem května se konal první pilotní seminář v Ústřední vojenské nemocnici v Praze (ÚVN) a druhý navazující koncem června ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze (FTN). Pražská ÚVN má na vzdělávání zdravotníků zavedený koncept a systém e-learningového vzdělávání. Podle vyjádření náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese ÚVN Mgr. Lenky Gutové, MBA, nemocnice klade důraz na

propojení vzdělávání a kompetencí personálu, vzdělávání a schopnost personálu pracovat s novými produkty a na vzdělávání zaměřené na respektování standardů nebo na jejich změnu či inovaci. Taktéž ve FTN je na vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu a zavádění nových produktů a pracovních postupů kladen velký důraz. Možnosti prevence nemocničních infekcí, včetně infekcí krevního řečiště, jsou především na pracovištích intenzivní medicíny považovány za velmi aktuální oblast, již je potřeba neustále věnovat pozornost. Právě tato pracoviště byla na seminářích hodně zastoupená. (red)



Štefan Vítka a Raimund Margreiter. | Foto: Leoš Chodura

## Obezitologie a bariatrie 2011

Česká obezitologická společnost ČLS JEP a bariatrická sekce při České chirurgické společnosti ČLS JEP ve spolupráci s traumatologicko-ortopedickou a interní sekci České asociace sester pořádá ve dnech 6.–8. října 2011 v Clarion Congress Hotelu Ostrava celostátní konferenci s mezinárodní účastí „Obezitologie a bariatrie 2011“.

Prezidentem konference je předseda ČOS ČLS JEP a bariatrické sekce při ČOS a ČCHS prof. MUDr. Martin Fried, CSc.

### Program:

- bariatrická a metabolická chirurgie,
- obézní diabetik,
- hypertenze a dyslipidemie u obézních,

- obezita v dětství a dospívání,
- psychologie obezity.

### Program sesterské sekce:

- aspekty ošetřovatelské péče u obézních pacientů,
- obezitologická ambulance a práce nutričního terapeuta,
- výzkum,
- redukce hmotnosti obézních pacientů a ošetřovatelská péče,

- ošetřovatelská péče v bariatrii.

Sekretariát konference: Galén-Symposium, s. r. o., Břežanská 10, 100 00 Praha 10, tel.: 222 513 053, fax: 222 516 013, e-mail: [registrace@gsymposium.cz](mailto:registrace@gsymposium.cz)  
Více informací: [www.gsymposium.cz](http://www.gsymposium.cz)  
[www.obesitas.cz](http://www.obesitas.cz)

(red)

# Historici zmapovali 220 let VFN

Publikace „Dějiny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze / 1790–2010“ (nakladatelství Maxdorf) byla za účasti autorů – Ludmily Hlaváčkové, Petra Svobodného a Jana Břízy – slavnostně pokřtěna ve středu 29. června ve Faustově domě.

Ředitelka VFN Dana Jurásková v úvodu vyzdvihla obtížnost práce historiků a ocenila, že se pokusili i o popis a zhodnocení posledních desetiletí, tedy doby velmi nedávné. Připomněla, že VFN stále vychází z původních dispozic, již dlouho v ní nebyl přistaven žádný nový pavilon ani nebyla razantně modernizována. „Nyní potřebujeme projekt ukazující, jak bude VFN vypadat a fungovat v následujících desetiletích, proto jsme zpracovali výhled nemocnice pro 21. století,“ řekla magistra Jurásková a zároveň odmítla úvahy o stěhování VFN z centra Prahy. „Toto teritorium, navíc ve spojení s 1. lékařskou fakultou UK, naši nemocnici velmi sluší, a proto by zde měla zůstat,“ podotkla. Proděkan 1. LF UK profesor Aleš Linhart v souvislosti s historickým exkursem zmínil, že má tu čest vést nejstarší „česky mluvící“ interní kliniku (dnes 2. interní

kliniku – kliniku kardiologie a angiology 1. LF UK a VFN), jež byla založena již před 140 lety. Podle svých slov si velmi považuje mapování historického kontextu právě v medicíně a zdravotnictví. „Dnešní medicína má – i kvůli rozvoji internetu – tendenci zapomínat na to, co dokázali naši předkové, a proto neustále objevujeme objevené,“ poznamenal. Poděkoval proto autorům knihy za udržování historického povědomí a kontinuity a poukázal na stovky let trvající teritoriální, duševní a duchovní sepětí nemocnice a fakulty, jež tuto kontinuitu umožňuje.

## V tradici Josefa II.

Za autorský tým poté promluvil docentka Ludmila Hlaváčková, která upozornila, že v historii Všeobecné fakultní nemocnice se mísí a protínají „velké“ politické, hospodářské a právní dějiny s dnes populárními „dějinami každodennosti“ a samozřejmě pak dějiny medicíny a zdravotnictví. To vše postupně v žilvu latinském, německém i českém. Poté vyzdvihla význam osvíceného panovníka Josefa II., v návaznosti na jehož reformy a úsilí došlo i k vybudování rozsáhlé nemocnice na Karlově náměstí. „Vždy se dokážu nadchnout pro Josefa II. – kdyby bylo více takových i dnes, měli bychom už dávno vyřešenou otázku reformy zdravotnictví,“ poznamenala s nadsázkou Ludmila Hlaváčková.



Jan Bříza a Ludmila Hlaváčková jemně křtí svou knihu. | Foto: Leoš Chodura

nosti“ a samozřejmě pak dějiny medicíny a zdravotnictví. To vše postupně v žilvu latinském, německém i českém. Poté vyzdvihla význam osvíceného panovníka Josefa II., v návaznosti na jehož reformy a úsilí došlo i k vybudování rozsáhlé nemocnice na Karlově náměstí. „Vždy se dokážu nadchnout pro Josefa II. – kdyby bylo více takových i dnes, měli bychom už dávno vyřešenou otázku reformy zdravotnictví,“ poznamenala s nadsázkou Ludmila Hlaváčková.

vání rozsáhlé nemocnice na Karlově náměstí. „Vždy se dokážu nadchnout pro Josefa II. – kdyby bylo více takových i dnes, měli bychom už dávno vyřešenou otázku reformy zdravotnictví,“ poznamenala s nadsázkou Ludmila Hlaváčková.

Připomenula, že panovník nařídil budování porodnic, naleznoucí, sirotčinců, chorobinců i ústavů pro choromyslné ve velkých městech, navíc tak, aby tyto ústavy ležely co možná nejbližší od sebe a vzájemně kooperovaly. Jeho systém funguje v oblasti Karlova náměstí *de facto* dodnes.

„Dějiny naší medicíny se odehrávaly právě zde. Zdejší zdravotníci měli a mají na svém kontě nejruznější priority a již v německých dobách byla tato oblast označována jako „líheň profesorů“, která vychovává medicínské i školské špičky,“ dodala autorka knihy. Na závěr uvedla, že zkoumat a zaznamenávat zejména nejnovější dějiny je velmi těžký úkol, dokud nejsou materiály oficiálně předány z institucí do archivů. „Například kvůli legislativě na ochranu osobnosti bychom už pomalu nemohli napsat ani nacionálně ředitelů či přednostů klinik,“ ilustrovala, s jakými těžkostmi se historici občas potýkají.

Docentka Hlaváčková poté se spoluautory docentem Petrem Svobodným a doktorem Janem Břízou pokřtila knihu rudou růží namočenou do sektu. Slavnostní podvečer doprovodil houslový virtuos Čeněk Pavlík mj. skladbami Dvořákovými a Schubertovými. (mč)

## NOVÉ KNIHY

Martin Fried a kol.

### Bariatrická a metabolická chirurgie

Nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch



Rozsah: 268 stran  
Cena: 500 Kč  
ISBN: 978-80-204-2424-2  
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

V současné době je bariatrická chirurgie považována za nejúčinnější způsob léčby závažných stupňů obezity i průvodních metabolických onemocnění. Chirurgický zákrok představuje u obeztních nejen prevenci, ale i skutečně vysoce efektivní léčbu již vzniklých k obezitě přidružených onemocnění, jako je diabetes mellitus 2. typu, u něhož vyléčení (vymizení příznaků a možnosti vysazení inzulínu i jiných léků) dosahuje 57–95% pacientů podle typu operace. Účinnost těchto operací v léčbě metabolických onemocnění je ale prokázána také u lidí neobeztních, a tak se postupně původní bariatrická chirurgie stává chirurgií

metabolickou, která ovlivňuje absorpci živin a metabolismus přes změněnou auto-, para-, endo- a exokrinní činnost gastrointestinálního traktu. Úvodní kapitoly monografie jsou věnovány závažnosti obezity a její etiopatogenezi, inkretinovému systému a endokrinní funkci tukové tkáně. V kapitole „Bariatrická chirurgie“ jsou probrány kromě jiného principy základních bariatrických výkonů a jejich účinky, chirurgické indikace a kontraindikace, předoperační vyšetření z pohledu chirurga a výsledky léčby. Speciální kapitoly jsou dále věnovány anestezií a časné pooperační péči včetně prevence žilní trombózy u bariatrických výkonů; zdůrazněna je i nutnost multidisciplinárního přístupu v indikaci a následná péče o bariatrické pacienty. Podrobně jsou popsány způsoby výživy po jednotlivých bariatrických výkonech včetně předcházení a léčby možných nutričních deficitů, rozebrána je též gastroenterologická problematika obeztních. Nejsou opomenuty ani psychologické aspekty předoperační a pooperační péče, problematika ošetrovatelské péče a těhotenství po bariatrických výkonech. Závěrem jsou shrnuty nové metody a přístupy v chirurgickém léčení obezity a metabolických

onemocnění. Text bohatě doplňují obrázky, schémata, fotografie a tabulky.

### Lucie Bankovská Motlová, Eva Kitzlerová, Hana Mudrová, Pavel Suchánek Kuchařka pro nemocné psychózou



Rozsah: 87 stran  
Cena: 200 Kč  
ISBN: 978-80-87142-12-7  
Vydavatel: Psychiatrické centrum Praha

Psychiatrické centrum Praha  
Neobvyklá kuchařská kniha je věnována lidem, kteří se potýkají s psychotickým onemocněním. Recepty dodali samotní pacienti a instruktorky „Programu pro dobré zdraví“ (jenž má za cíl edukovat pacienty se schizofrenií, viz [www.ppdz.cz](http://www.ppdz.cz)), kuchařku pak sestavili psychiatři pod odborným dohledem výživového specialisty. Vedle inspirace co a jak vařit zde naleznete i „recepty“ jak si při psychotickém onemocnění zachovat dobrou psychickou a fyzickou kondici. Publikace odpovídá na otázky, proč má u pacientů s psychotickými choro-

bami vyvážená strava zásadní význam, proč lidé s tímto onemocněním častěji trpí obezitou a s ní spojenými riziky, a pomáhá najít cestu ke správnému životnímu stylu. Pro psychickou pohodu má význam nejen jídlo samo, ale i způsob jeho přípravy – od plánování přes vaření až po servírování. Recepty jsou vybrány tak, aby je zvládl uvařit i začátečník.

Knihu lze objednat v Psychiatrickém centru Praha (e-mail: [is@pcp.lf3.cuni.cz](mailto:is@pcp.lf3.cuni.cz)).

### Thorwald Dethlefsen, Ruediger Dahlke Nemoc jako cesta



Rozsah: 296 stran  
Cena: 249 Kč  
ISBN: 978-80-7387-449-0  
Vydavatel: Portál

Originální pohled na tělesná onemocnění – infekce, bolesti hlavy, úrazy, srdeční a žaludeční potíže, nádory a AIDS – od diplomovaného psychologa a psychoterapeuta a lékaře, přírodního léčitele a psychoterapeuta. Nemoc je podle nich obecným stavem, projevem života ve stresu a nepohodě,

a všechny choroby jsou signály nanačující, co bychom v životě měli změnit. Pokud tvrdohlavě trváme na nezdravých vzorcích uvažování a chování, tělo to dá nekompromisně najevo. Podle autorů často postačí změna postoje k tomu, aby člověk pocítil znatelnou úlevu i na fyzické úrovni. Text je doplněn podrobným přehledem symptomů a jejich interpretací.

### Lise Mansonová Migréna



Rozsah: 152 stran  
Cena: 225 Kč  
ISBN: 978-80-7367-835-7  
Vydavatel: Portál

Různé typy migrén, jejich původ, projevy a spouštěcí faktory, jakož i rady a doporučení pro každodenní život migreniků jsou předmětem publikace pro pacienty a jejich okolí, které často nechápe prudké výkyvy nálad nebo i změny povahy nemocných. V kapitolách o léčbě a předcházení krizím autorka popisuje jak čelit migréně životosprávou, cvičením, relaxací i alternativními metodami.

## PRÁVNÍ PORADNA

# Ostříhání pacienta bez jeho souhlasu

Na oddělení máme pacientku, která v důsledku špatného zdravotního stavu není způsobilá řádně komunikovat. Má však vši a poskytnutí účinné léčby vyžaduje ostříhat jí dlouhé vlasy. Sama souhlas dát nemůže

a nemá ani příbuzné, od nichž bychom mohli souhlas získat (nebo o nich alespoň nevíme). Můžeme ji ostříhat, abychom



odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

predešli rozšíření vši na oddělení, i proti její vůli?

Zákon o péči o zdraví lidu stanovuje, že zdravotnický pracovník informuje pacienta, popřípadě další osoby o povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádě-

jí se souhlasem nemocného, lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si o tom ošetřující lékař písemné prohlášení (revers).

Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony mimo jiné tehdy, jde-li o neodkladné zákroky nutné k záchráně života či zdraví a vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta není možné vyžádat si jeho souhlas. Je-li předpokladem účinné léčby pacientky předchozí ostří-

hání jejích dlouhých vlasů, jedná se nepochybně o součást léčebného výkonu. V takovém případě je možné dlouhé vlasy ostříhat i bez souhlasu pacientky (respektive bez souhlasu jejích blízkých) – za předpokladu, že se bude jednat o neodkladný výkon nutný k záchráně zdraví.

## Vlasy, nebo život

Teoreticky lze připustit, že pacientka by po vyléčení a poté, co jí zlepšení zdravotního stavu umožní komunikovat s lékaři, mohla protestovat, že k ostříhání dlouhých vlasů nedala souhlas a že tímto postupem došlo k zásahu do jejích osobnostních práv, zejména práva na soukromí. Pevně však věřím, že každý rozumný soudce by v takovém sporu dokázal odlišit zrno (záchrana zdraví) od pleve (právo na dlouhé vlasy).



ilustraci foto: Shutterstock

## Poplatek za přednostní ošetření

Mohu si účtovat poplatek za přednostní ošetření, pokud nemám stanovený systém objednávek na určitý čas a pacient se dožaduje přijetí hned po vstupu do čekárny, bez ohledu na to, že před ním je třeba deset dalších, kteří přišli dřív?

odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

Úvodem je třeba konstatovat, že určení pořadí, v jakém budou ošetřeni jednotliví pacienti, je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře. Právní předpisy tuto oblast neregulují a případnou úpra-

vu pořadí při ošetřování pacientů tak ponechávají zcela na lékaři.

### Přednost i za peníze

Důvody pro přednostní ošetření v zásadě mohou být zdravotní, sociální nebo finanční. Zdravotní důvod je zřejmý. Patrně nikdo z pacientů nebude zpochybňovat nárok na přednostní ošetření u nemocného v akutním stavu či se značnými bolestmi. Pochopitelné jsou, věřím, i sociální důvody pro upřednostnění některých nemocných – například malých dětí nebo seniorů. Finanční důvody pro přednostní ošetření jsou rovněž logické – pokud klient zaplatí lékařem stanovený poplatek

za přednostní ošetření, má na něj nárok.

Je samozřejmě možné představit si situaci, kdy se u lékaře sejdou pacienti s různými důvody pro to, aby přišli na řadu dřív. V takovém případě budou mít pacienti se zdravotními důvody nepochybně přednost před nemocnými se sociálními a dále s finančními důvody.

Obecně tedy platí, že pacienti mají právo být ošetřeni včas a v časovém intervalu, na který byli objednáni, a v pořadí, v němž přišli do ordinace. V případě, že provozní důvody nebo důvody přednostního ošetření naruší předpokládanou dobu či pořadí ošetření, měli by být pacienti informováni o časovém posunu svého ošetření, jakož i důvodech tohoto posunu.

K dotazu tedy shrnuji, že i když není určen systém objednávání na určitý čas nebo není stanoven sazebník za přednostní ošetření, lze ošetřit určitého pacienta přednostně a účtovat si za to poplatek.

### Pravidly proti konfliktům

Považuji za přinejmenším slušné vyzkoušet ostatní pacienty o přednostním ošetření a důvodech, které k tomuto kroku vedly. Zároveň doporučuji seznámit pacienty v čekárně ordinace s postupem při určování pořadí ošetřování, stejně jako s okolnostmi, za nichž lze žádat přednostní ošetření. Jsem přesvědčen, že jasně nastaveným systémem pořadí při ošetřování pacientů a transparentním definováním podmínek přednostního ošetření je možné účinně předcházet konfliktním situacím v čekárně a nespokojenosti.

## Léková preskripce u zubaře a stomatologa

Existují nějaká omezení v předepisování léčivých přípravků pro zubního lékaře (MDDr.) oproti stomatologovi (MUDr.)? Dále se chci zeptat, jestli platí obecný princip, kdy je sice možné lék předepsat, ale pojišťovna ho nebude hradit, jestliže jej předepíše lékař bez příslušné odbornosti.



Mgr. Lucie Neubertová

stavují alespoň jednu desetinu hrubého domácího produktu (HDP) připadajícího na 1 osobu v ČR za uplynulý kalendářní rok.

● Příslušné omezení existuje a je uplatňováno v Evropské unii.

### Zkratka STO

Podmínky úhrady jsou stanovovány například pomocí indikačních omezení nebo prostřednictvím vykazovacího limitu. Vykazovací limit vyjadřuje informaci o úhradě ze zdravotního pojištění, která je vázána na způsob poskytnutého ošetření – ambulantní, za hospitalizace nebo na případné předchozí schválení revizním lékařem. Další podmínkou pro úhradu léčiva ze zdravotního pojištění je právě specializace předepisujícího lékaře nebo pracoviště. Léčivé přípravky označené zkratkou STO mohou být předepsány pouze lékaři se specializací v oboru zubní lékařství, orální a maxilofaciální chirurgie. Podmínky úhrady tedy již nejsou dále podrobněji rozváděny. Informaci o podmínkách úhrady pro konkrétní přípravky lze získat z pravidelně aktualizovaného seznamu hrazených léčivých přípravků, který je uveřejněn na internetové stránce Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Nezbyvá než dodat, že pokud nejsou dodrženy požadavky omezení – podmínky úhrady, není přípravek v daném případě hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Některým léčivým přípravkům jsou v rámci stanovení úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění stanoveny takzvané podmínky úhrady. Ty vyjadřují, že úhrada daného léčiva ze zdravotního pojištění je v některých případech omezena.

Podle § 39b odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění mohou být i bez návrhu stanoveny následující podmínky úhrady:

- Vyžadují to odborná hlediska nebo hlediska bezpečnosti spojená s léčbou takovým léčivým přípravkem.
- Z dosaženého poznání v rámci výzkumu nebo použití léčivého přípravku v praxi vyplývá, že daný přípravek má významnou terapeutickou hodnotu právě pro určité skupiny pacientů, určité indikace nebo za určitých podmínek klinické praxe.
- Jestliže to je nezbytné k zajištění účelného a hospodárneho používání léčivého přípravku.
- Jde o vysoce nákladnou léčbu, jejíž náklady (počítáno za rok) před-



ilustraci foto: Shutterstock

# Zajímavé www stránky

## – bolest I

Bolest je problém, s nímž se ve své ordinaci setkává lékař každý den. Budeme se jí proto věnovat v několika dalších pokračováních naší rubriky. Dnes se seznámíme s portály, které se algeziologií zabývají spíše obecně. V dalších dílech si představíme jednotlivé speciifické kapitoly.

### Pain.cz

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

Ačkoli se v této rubrice věnujeme hlavně prezentaci zajímavých zahraničních webových stránek, nelze v tomto případě začít jinde než u oficiálních stránek Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP. Její internetový portál je určen široké lékařské veřejnosti zajímavější se o tuto problematiku. Jeho cílem je přinášet informace o odborných, ale i společenských akcích, nových léčebných postupech a veškerém dění v oblasti léčby bolesti. Součástí internetového portálu je také rubrika učená pro laiky a internetová algeziologická poradna pro lékaře i nelékaře. K plnému přístupu k obsahu webu je nutné provést registraci.



### International Association for the Study of Pain

[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)

Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) organizuje odborníky z řady zemí světa zapojené do výzkumu, diagnostiky a léčby bolesti. Celkově má organizace (založená v roce 1973) na 7 tisíc členů ze 126 zemí světa. Samotná webová prezentace obsahuje řadu informací o algeziologii, o konání mezinárodních sympozií a kongresů a dalších formách mezinárodní spolupráce. Z webu je možné se proklikat i na stránky prestižního odborného časopisu Pain, aktuální články však samozřejmě nejsou dostupné zdarma. Nicméně na webu lze vyhledat i někte-

ré články a knihy, jež jsou volně k dispozici, například text o klasifikaci chronické bolesti.

### Pain.com

<http://pain.com>

Pain.com jsou internetové stránky zaměřené převážně na laickou ve-



řejnost a pacienty. Obsahují řadu článků, které mapují diagnostiku a léčbu onemocnění spojených s bolestí. Můžeme si například přečíst o diagnostice skoliózy, diagnostice a léčbě syndromu karpálního tunelu, léčbě hernií či sportovních úrazech. Část portálu se věnuje také přínosu alternativních postupů v léčbě bolesti (například nutričním principům, masáží a podobně).



### Pain Education

[www.pain-cme.net](http://www.pain-cme.net)

Pain Education je interaktivní vzdělávací portál obsahující nabídku kurzů, které pokrývají různé aspekty léčby chronické bolesti. K prohlížení kurzů je nutné se zdarma zaregistrovat (vyžadováno je relativně málo údajů a registrace je tak rychlá a pohodlná) a hned poté je možné začít web plně využívat. Příklady témat: léčba chronické bolesti, multidisciplinární přístup k chronické bolesti, farmakologické aspekty analgetické léčby, komunikace lékař - pacient v rámci léčby bolesti.

### Europe Against Pain

[www.efic.org](http://www.efic.org)

The European Federation of IASP Chapters je mezinárodní organizace sdružující asi 20 tisíc členů ze 35 zemí Evropy. Jde o multidisciplinární skupinu zdravotníků, kteří se snaží o rozvoj výzkumu a vzdělávání v algeziologické ob-



lasti. Stránky nabízejí například i odkazy na e-learningové kurzy, tématem se týkají nádorové bolesti či léčby bolesti chronické.



### American Academy of Pain Management

[www.aapainmanage.org](http://www.aapainmanage.org)

Internetový portál americké odborné společnosti, který má za cíl širokou informovanost odborné i laické veřejnosti o problematice zejména chronické bolesti. Zájemci o příslušné vzdělání mají možnost využít řady e-learningových projektů, z nichž namátkově vybíráme témata: management chronické bolesti, chronická bolest v primární péči, vývoj nových léčiv s analgetickým efektem, léčba migrenózní bolesti hlavy.

MUDr. Michal Peříšek

**ZDRAVOTNICKÉ NOVINY**

[www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)  
Číslo 14/2011, 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: kluskova@mf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Téma, Zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz  
PaedDr. Jaroslava Sládková (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 technická zprávy**  
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 Blahoš, DrSc.  
MUDr. Ivan David, CSc.  
prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc.  
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.  
PharmDr. Radim Petráš  
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.  
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtíšková

**INZERCE**  
fax 225 276 444

**group sales manager**  
Ing. Lenka Míhulková  
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 Matejčíková  
**produční marketing** Ondřej Hynek  
**vedoucí výroby a distribuce** Soňa Štárhová  
**manažerka předplatného** Zuzana Hrušková,  
tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mf.cz

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

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

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

Objednávky SR:  
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,  
oddelenie iné 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 7. 7. 2011  
Přetisk a jakékoli šíření  
pouze se souhlasem vydavatele.  
Tiskový náklad je auditován  
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

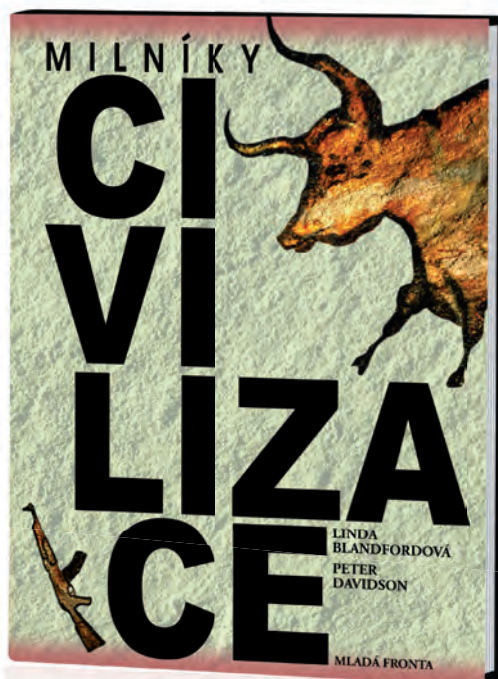
© Mladá fronta a. s., 2011  
Evidenční číslo MK ČR: E 15722  
ISSN 0044-1996

# Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

## Předplatné na rok + výjimečná kniha

### Milníky civilizace

Tato kniha uvádí více než 25 nejvýznamnějších milníků v historii civilizace, od domestikace zvířat po pojem nuly, od prvního záměru veřejně prospěšné stavby po bakteriologii, od vývoje rituálů po myšlenku muzea. Diskutabilní a často překvapivý výběr vyzývá čtenáře, aby se zamysleli nad samotnou podstatou termínu „civilizace“.



**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 7. 8. 2011.**  
**Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [předplatne.mf@cpost.cz](mailto:předplatne.mf@cpost.cz), uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **ZDN 0711**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma 800 300 302**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0711**



**Pošlete SMS na číslo 900 09 06**

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lekárska 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.



## Výběrová řízení

### Vrchní sestra

**NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, A. S.,** vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pozic:

■ **Vrchní sestra centrálního příjmu**

■ **Vrchní sestra centrálních operačních sálů**

Kvalifikační požadavky:

- odborná způsobilost v oboru dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,
- specializovaná způsobilost v oboru.

Dále požadujeme:

- nejméně 5 let výkonu povolání v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- organizační a řídicí schopnosti,
- znalost práce na PC.

Příhláška musí obsahovat:

- strukturovaný životopis,
- doklady o dosaženém vzdělání (notářsky ověřené),
- platný výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce),
- osobní dotazník (na vyžádání zašleme),
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení.

Vlastnoručně podepsanou přihlášku zasílejte nejpozději do 5. 8. 2011 (včetně) na adresu: NsP Česká Lípa, a. s., Mgr. Pavlína Simmerová, ved. odd. ŘLZ, Purkyňova 1849, 470 77 Česká Lípa.

Obálku označte: „NEOTVÍRAT – výběrové řízení – vrchní sestra centrální příjem/vrchní sestra centrální operační sály“.

Vyhlašovatel si vyhrazuje právo kdykoli výběrové řízení zrušit, a to i bez udání důvodu.

ZDN A11012192

### Primáři

**ŘEDITEL ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÉ NEMOCNICE PRAHA** vypisuje výběrové řízení na obsazení vedoucích pracovních míst:

■ **Primář gynekologického oddělení**

Předpoklady:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- atestace II. stupně nebo specializovaná způsobilost

v oboru gynekologie a porodnictví,

- licence České lékařské komory k výkonu funkce vedoucího lékaře – primáře ve zdravotnickém zařízení v oboru gynekologie a porodnictví.

■ **Primář radiodiagnostického oddělení**

Předpoklady:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- atestace II. stupně v oboru radiodiagnostika nebo specializovaná způsobilost v oboru radiologie a zobrazovací metody, event. navíc atestace v nastavbovém oboru neuroradiologie,
- licence České lékařské komory k výkonu funkce vedoucího lékaře – primáře ve zdravotnickém zařízení v oboru radiodiagnostika.

Další požadavky:

- minimálně 10 let praxe v oboru,
- organizační, komunikační a manažerské schopnosti,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného pracovního týmu,
- učitelská znalost PC,
- aktivní znalost alespoň jednoho světového jazyka,

- morální a občanská bezúhonnost.

Nabízíme:

- práci v moderním zdravotnickém zařízení,
- možnost plné realizace v oboru,
- výhodné platové podmínky,
- možnost ubytování (pro mimopražské),
- závodní stravování a další zaměstnanecké benefity.

Požadované doklady:

- přihláška s vlastnoručním podpisem,
- strukturovaný profesní životopis,
- úředně ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- osobní dotazník (formulář SEVT),
- originál výpisu z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- čestné prohlášení, že proti uchazeči není vedeno soudní řízení,
- souhlas s použitím osobních údajů pro účely výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění,
- písemný návrh koncepce provozu a rozvoje uvedeného klinického pracoviště.

Termín a místo podání přihlášek: Přihlášky a požadované doklady zašlete písemně, nejpozději do 20. 7. 2011, na adresu: Ústřední vojenská nemocnice Praha, odbor personálního řízení, U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6 (přihlášky lze rovněž odevzdat osobně do uvedeného termínu na podatelně pracoviště ochrany informací – budova ředitelství ÚVN Praha). Obálku označte: „Výběrové řízení – neotvírat“.

Do výběrového řízení budou přijaty pouze přihlášky obdržené do uvedeného termínu. Termín konání výběrového řízení bude přihlášeným uchazečům oznámen po uzavření přihlášek. Předpokládaný termín nástupu: 1. 9. 2011. Na základě posouzení a vyhodnocení zaslaných písemných materiálů si ÚVN Praha vyhrazuje právo nepozvat uchazeče k výběrovému řízení, případně nevybrat žádného z účastníků výběrového řízení nebo zrušit výběrové řízení.

Další případné informace lze získat na odbor personálního řízení, tel.: 973 202 727

nebo 973 202 750, e-mail: personalni@uvn.cz

ZDN A11012103

### Primář

**OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S.,** vypisuje výběrové řízení na pozici: ■ **Primář chirurgického oddělení**

Požadavky: specializovaná způsobilost a licence ČLK k výkonu vedoucího lékaře – primáře v oboru chirurgie, organizační a řídicí schopnosti, zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

Nabízíme: odměňování podle manažerské smlouvy, zaměstnanecké benefity, byt v Jičíně.

Nástup možný ihned. Bližší informace podá MUDr. Martin Šimák, tel.: 493 582 111, e-mail: martin.simak@nemjc.cz

Písemné žádosti s profesním životopisem a koncepcí rozvoje oddělení pošlete na sekretariát ředitelky nejpozději do 31. července 2011.

ZDN A11012025



[www.ilmtalklinik.de](http://www.ilmtalklinik.de)

**Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München mit 220 Betten**

Für die Abteilung für **Unfallchirurgie** (Chefarzt Dr. med. Roland Burgert) und für die Abteilung **Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie** (Chefarzt Priv. Doz. Dr. med. Reinhard Lange) suchen wir ab sofort eine/einen

### Assistenzärztin/Assistenzarzt

Die Chirurgie verfügt über 80 Betten. Bei etwa 3.500 stationären Patienten jährlich kommen über das gesamte Fachbereichsspektrum alle modernen Operationsverfahren in den jeweiligen Fachabteilungen zur Anwendung.

Hochmoderne Ausstattung mit MRT und CT, die unfallchirurgische Abteilung ist zum Schwerverletztenverfahren der BG zugelassen.

**Wir bieten:**  
 Volle Weiterbildungsberechtigung Chirurgie nach WBO 93 und Allgemein-Chirurgie WBO 04; Weiterbildungsberechtigung Visceralchirurgie und Unfallchirurgie/Orthopädie jeweils common trunk plus 2 Jahre WBO 04; Chirurgische Intensivmedizin; Vergütung nach dem TV-MB plus Zulagen; Privat-Liquidation der Notarzteinsätze; mitarbeiterorientiertes Arbeitszeitmodell unter Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes; Unterstützung bei Fortbildungen; Umzugskosten werden nach Absprache übernommen. Es sind sehr gute Deutschkenntnisse erforderlich.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die Personalabteilung der Ilmtalklinik (Herr Theurer). Telefonische Auskünfte erhalten Sie unter der Rufnummer der Chefarzte 0049 8441/79-1115 oder der Personalabteilung 0049 8441/79-1005.

**Ilmtalklinik GmbH Pfaffenhofen**  
 Krankenhausstr. 70, D-85276 Pfaffenhofen

SIMPLY CLEVER




**Lékař závodní preventivní péče**



Nestátní zdravotnické zařízení ŠKODA AUTO v Mladé Boleslavi přijme **lékaře/lékařku závodní preventivní péče**

**Požadujeme:** Atestaci v oboru všeobecné lékařství nebo pracovní lékařství, event. v přípravě k atestaci (absolv. zákl. kmen) | Základní znalost anglického nebo německého jazyka

**Nabízíme:** Zázemí nadnárodní prosperující společnosti | Přiležitost k seberealizaci | Práci v dynamickém prostředí | Profesní růst | Možnost dalšího vzdělávání | Výborné finanční podmínky | Možnost ubytování | Radu firemních benefitů

**Nástup:** Možný ihned nebo dle dohody

Pro bližší informace kontaktujte **doc. MUDr. Miroslav Bartoš, CSc.**, tel.: **326 817 922**, e-mail: **miroslav.bartos2j@skoda-auto.cz**

**Práce ve ŠKODA – životní příležitost**

## PERSONÁLNÍ INZERCE

### Hlavní sestra

**INSTITUT ONKOLOGIE  
A REHABILITACE NA  
PLEŠI, S. R. O.,**  
vyhlašuje výběrové  
řízení na pozici:  
■ **Hlavní sestra**

Institut se nachází v Nové  
Vsi pod Pleší, 20 km od  
Prahy, u Mnišku pod Brdy.

Požadujeme: VŠ, minimálně  
10 let praxe, bezúhonnost,  
osvědčení k výkonu povolání bez  
odborného dohledu, příp. PSS,  
znalost práce na PC, organizační  
a řídicí schopnosti, zkušenosti  
ve vedoucí funkci výhodou.

Nabízíme: možnost řídit rozvoj  
špičkového privátního zařízení,  
dobré finanční ohodnocení,  
výkonové platové hodnocení,  
ubytování s možností získání  
bytu v rekreační oblasti Prahy.

Přihlášky včetně životopisu  
zasílejte do 22. 7. 2011 na e-mail  
personalni@institut-ples.cz,  
případně na adresu: Institut  
onkologie a rehabilitace Na Pleši,  
s. r. o., personální oddělení,  
262 04 Nová Ves pod Pleší 110.

ZDN A111012021

### Volná místa

#### Lékař

**SOUKROMÉ REHABILITAČNÍ  
ODDĚLENÍ HLUČÍN**  
přijme do pracovního  
poměru lékaře  
se specializovanou způsobilostí  
v oborech rehabilitační  
a fyzikální medicína.

Dobré pracovní podmínky,  
výhodné finanční ohodnocení  
včetně možnosti penzijního  
přípojištění, pružná  
pracovní doba, po dohodě  
na zkrácený i plný pracovní  
úvazek, možnosti dalšího  
vzdělávání v oboru.  
Nástup září, říjen 2011.  
Kontakt: Alena Schlossarková,  
tel.: 607 246 261, 595 042 644,  
e-mail: rehab.hlucin@quick.cz

ZDN A111012189

#### Fyzioterapeut/ Ergoterapeut

**REHABILITAČNÍ ODDĚLENÍ  
OBLASTNÍ NEMOCNICE  
KOLÍN, A. S.,**  
přijme fyzioterapeuta  
a ergoterapeuta.

Nabízíme:

- nové, moderní  
pracovní prostředí,
- zájem o perspektivní  
krajské nemocnice,
- zaměstnanecké benefity,
- podporu vzdělávání  
a sebeaktualizace,
- příjemný kolektiv,
- možnost též pro absolventy,
- nástup možný ihned!

Kontakt: Oblastní  
nemocnice Kolín, a. s.,  
Bc. Daniel Veselý, personální  
oddělení, tel.: 321 756 616,  
e-mail: daniel.vesely@  
nemocnicekolin.cz

ZDN A111012094

#### Zdravotní laborantka

**MĚSTSKÁ NEMOCNICE  
MĚSTEC KRÁLOVÉ, A. S.,**  
přijme zdravotní laborantku  
s hematologickou  
specializací pro laboratoř.  
Pracovní doba dle dohody.

Nabízíme zajímavé finanční  
ohodnocení, příjemné  
prostředí a milý kolektiv.  
Nástup možný ihned.  
Své životopisy zasílejte  
paní Regině Strejčkové,  
e-mail: strejckova@nemmk.cz,  
nebo poštou na adresu  
Městská nemocnice  
Městec Králové, a. s.,  
Prezidenta Beneše 343,  
289 03 Městec Králové.

ZDN A111012097

#### Klinický genetik

**PRESTIŽNÍ MEZINÁRODNÍ  
PRIVÁTNÍ KLINIKA V PRAZE  
S GENETICKOU LABORATOŘÍ**  
hledá atestovaného klinického  
genetika (pozice není  
vhodná pro absolventy).

Požadujeme:

- titul MUDr.  
(nikoli RNDr. apod.),
- ideálně praxe z privátního  
sektoru (není podmínkou),
- anglický jazyk výhodou,
- preciznost, spolehlivost,  
pracovitost, odpovědnost.

Nabízíme:

- výborné platové podmínky,
- participaci na unikátních  
genetických projektech,
- maximální podpora dalšího  
odborného vzdělávání  
a růstu, včetně vzdělávání  
u zahraničních mateřských  
či sesterských společností,
- příjemné pracovní prostředí,
- profesionální přístup,
- nástup možný ihned.

V případě zájmu nás  
kontaktujte e-mailem na  
adrese: asistentcc@seznam.cz

ZDN A111012100

#### Lékaři

**OBLASTNÍ NEMOCNICE  
MLADÁ BOLESLAV, A. S.,**  
nabízí náborový příspěvek  
ve výši 70 000 Kč  
pro lékaře a lékaře-absolventy,  
při uzavření pracovní  
smlouvy na oddělení LDN,

otorinolaryngologického oddělení  
(specializovaná způsobilost  
vítána),  
oddělení klinické biochemie,  
radiodiagnostického oddělení  
a hematologicko-transfúzní  
oddělení.

Dále nabízíme:  
zajímavé osobní mzdové  
ohodnocení, možnost  
dalšího profesního růstu  
i dalšího vzdělávání aj.

Své životopisy a motivační  
dopisy zasílejte na e-mail:  
anna.vankova@onmb.cz  
nebo poštou na adresu:  
Oblastní nemocnice Mladá  
Boleslav, a. s., V. Klementa 147,  
293 01 Mladá Boleslav

ZDN A111012033

#### Sekundární lékař

**FAKULTNÍ NEMOCNICE  
V MOTOLE**

přijme pro Interní  
kliniku 2. LF UK  
sekundárního lékaře/ku  
se zájmem o vnitřní  
lékařství a kardiologii.  
Nástup od 1. 9. 2011.  
Nabízíme: možnost odb. růstu,  
ubytování pro mimopražské.  
Písemné nabídky s CV zasílejte  
na sekretariát Interní kliniky  
2. LF UK, FN Motol, V Úvalu 84,  
150 06 Praha 5;  
e-mail: interna@fnmotol.cz.  
Info - tel.: 22443 4001.

ZDN A111012017

#### Porodní asistentka

**ÚSTAV PRO PĚČI O MATKU  
A DÍTĚ PRAHA 4 - PODOLÍ**  
přijme porodní asistentku  
na oddělení šestinedělí.  
Požadujeme: vzdělávání  
příslušného směru,  
platné osvědčení k výkonu  
povolání bez odborného  
dohledu, praxe vítána.  
Písemné nabídky se  
strukturovaným životopisem  
zasílejte na e-mail:  
tana.kalinova@upmd.cz

ZDN A111011965

### Výzkumný pracovník

**IKEM, VÍDEŇSKÁ  
1958/9, PRAHA 4,**  
přijme výzkumného pracovníka  
- absolventa VŠCHT  
do oddělení experimentální  
hypertenze a nefrologie  
Centra experimentálního  
výzkumu chorob  
krevního oběhu a orgánových  
náhrad (CEVKOON).  
Náplní práce bude analýza  
fyziologicky aktivních látek za  
využití technik vysokoúčinné  
kapalinové chromatografie  
a hmotnostní spektrofotometrie  
(HPLC/MC) a dále problematika  
úlohy interakce metabolitů  
cytochromu P-450 a renin-  
-angiotenzinového systému  
v patofyziologii hypertenze (bližší  
informace na www.cevkoon.eu).  
V případě zájmu kontaktujte  
prof. MUDr. L. Červenku, CSc.,  
e-mail: luce@ikem.cz

ZDN A111011968

### Lékař/Lékařka

**ARO NEMOCNICE  
NA FRANTIŠKU**  
přijme lékaře/ku se  
specializovanou způsobilostí  
pro práci na anestezii  
a resuscitační stanici.  
Dobré platové podmínky,  
zaměstnanecké výhody dle KS,  
možnost služebního bytu.  
CV a osobní jednání podmínkou.  
Kontakt:  
e-mail: svehla@nnfp.cz,  
tel.: 602 234 691.

ZDN A111011971

## Různé

### Zástup v ordinaci

**HLEDÁME DLOUHODOBÝ  
ZÁSTUP V ORDINACI  
PRAKTICKÉHO LÉKAŘE  
V DAVLI, PRAHA-ZÁPAD.**  
MUDr. Viktor Soukup,  
tel.: 607 950 393.  
viktor.soukup@seznam.cz

ZDN A111012186

Ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové vypisuje výběrové řízení na místo

### 7 míst lékařů oddělení urgentní medicíny

#### Požadujeme:

- magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- specializovanou způsobilost nebo brzký předpoklad jejího získání v oboru vnitřního lékařství, kardiologie, gastroenterologie, endokrinologie, revmatologie, hematologie a transfúzní lékařství, diabetologie, intenzivní medicína nebo chirurgie
- praxe na oddělení akutního příjmu
- aktivní zájem o akutní medicínu
- specializovaná způsobilost z urgentní medicíny výhodou
- znalost práce na PC

#### Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného a vědeckého rozvoje
- sociální výhody
- zvýhodněné ubytování pro svobodné
- platové podmínky podle platných předpisů

**Nástup možný ihned nebo po vzájemné dohodě.**

**Případné informace podá MUDr. Kočí, e-mail: koc@fnhk.cz**

Písemné přihlášky doložené kopiemi dokladů o získané kvalifikaci, životopisem a přehledem o průběhu předchozí praxe zasílejte do dvou týdnů na adresu: odbor personálních vztahů, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové.



## 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



## St. Josef Krankenhaus GmbH Moers, Nemecko (Severné Porýnie - Vestfálsko)

### Oddelenie neurológie a klinickej neurofyziológie

Hľadáme sekundárneho lekára/ lekárku pre atestačnú prípravu v odbore neurológia a/alebo odborného lekára/lekárku v odbore neurológia s možnosťou rozšírenia odbornosti v špecializovanom odbore neurologickej intenzívnej medicíny, urgentnej medicíny a /alebo klinickej neurofyziológie.

Vítaní su začiatocníci v odbore, sekundárni lekári v rámci atestačnej prípravy ako aj odborní lekári.

**So 60 lôžkami a asi 3000 na lôžku ošetrovanými pacientami** ročne patríme k najväčším klinikám v oblasti ľavého Niederrhein (Klinika sa nachádza v oblasti Nordrhein-Westfalen asi 6 km od mesta Duisburg).

Ku klinike patrí Stroke-Unit ako aj jednotka intenzívnej starostlivosti ktorá je spravovaná spolu s kolegami z oddelenia anestéziológie.

#### Ponúkame:

- Štruktúrovanú dôkladnú prípravu na atestáciu s rotáciou na neurologickom oddelení, Stroke-Unit, jednotke intenzívnej medicíny, centrálnom prijíme, neurofyziológii ako aj možnosť rotácie na psychiatrickom oddelení Rheinberg.
- Možnosť získať neurologické certifikáty v oblasti invazívna neurológia, neurofyziológia- EEG, EP, Doppler/Duplex ako aj „Epileptológia plus“
- Možnosť získať doplnkovú odbornosť v odbore Intenzívna medicína a Urgentná medicína.
- Denne neurofyziológické a neurorádiologické porady.
- Podpora v nelekárskych činnostiach pomocnými pracovníkmi (možnosť diktovania prepúšťacích správ a nálezov vyšetrení)
- Systém služieb nepresahuje 3 pohotovostné služby mesačne pre jedného sekundárneho lekára.
- Možnosť pracovať v medzinárodnom tíme lekárov a stredného zdravotného personálu. Pomoc a podpora v slovenskom jazyku prostredníctvom našej slovensky hovoriacej lekárky.
- Platové podmienky sa riadia podľa nemeckej tarify TV-Arzte/VKA ( činí to bez služieb a nadčasov najmenej 3300 eur brutto mesačne) Nadčasy sú plne preplácané !

**Ako asistenčný lekár/asistenčná lekárka** obdržíte od nás pracovnú zmluvu v celom rozsahu atestačnej prípravy. **Pre odborných lekárov** ponúkame neobmedzenú platnosť pracovnej zmluvy.

Znalosť nemeckého jazyka vítaná.

**Pre bližšie informácie sa obráťte na:** primár Dr. H. W. Scharafinski, vrchná lekárka: Dr. Schneider alebo Dr. Tings alebo asistenčná lekárka Fr. Bosheck ako zástupkyňu lekárov. Zastihnete nás u našej sekretárky Fr. Fuchs na sekretariáte Neurológie +49 (0) 2841 107-2460 Pre komunikáciu v slovenskom jazyku:

**Alebo sa písomne obráťte na** St.Josef Krankenhaus GmbH Moers, Asberger Strasse 4, 47441 Moers, [www.st-josef-moers.de](http://www.st-josef-moers.de)



Deutsches Netz  
Gesundheitsfördernder  
Krankenhäuser (WHO)



Krankenhausverbund  
gemeinnützige GmbH



St. Josef Krankenhaus GmbH Moers · Asberger Straße 4 · 47441 Moers  
Deutschland · [www.st-josef-moers.de](http://www.st-josef-moers.de)

*„Můj bratr Jean Baptiste pro mě moc znamená. Chytá v jezeře malé rybky, když máme hlad. Potřebovali bychom ale pořádný kanystr, abychom mohli vodu donést domů.“*

Vedaste (12 let) žije se svým bratrem ve Rwandě. Rodiče jim zemřeli a teď nemají nikoho, kdo by se o ně postaral.

Váš pravidelný příspěvek  
340 Kč zajistí každý měsíc  
kanystry na 10 litrů  
pro 10 dětí, jako je Vedaste.

**Staňte se Přítelem dětí  
ještě dnes!**

**KDYBYSTE MOHLI DNES  
ZACHRÁNIT ŽIVOT,  
UDĚLALI BYSTE TO?**

Registrujte se na [www.unicef.cz](http://www.unicef.cz)

unicef 